

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

TOME PREMIER.

Paris. — Imprimerie de E. MARTINET, rue Mignon, 2.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

RÉSUMÉ GÉNÉRAL

DE PATHOLOGIE INTERNE

ET DE THÉRAPEUTIQUE APPLIQUÉES

PAR

F. L. I. VALLEIX

MÉDECIN DE L'HÔPITAL DE LA PITIÉ,

Membre de la Société médicale d'observation et de la Société anatomique de Paris, de la Société médicale des hôpitaux, etc.

CINQUIÈME ÉDITION

REVUE, AUGMENTÉE ET CONTENANT L'EXPOSÉ DES TRAVAUX LES PLUS RÉCENTS,

PAR LE DOCTEUR

P. LORAIN

Professeur agrégé à la Faculté de médecine, Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Avec le concours de médecins civils et de médecins appartenant à l'armée et à la marine.

TOME PREMIER

Fièvres et maladies pestilentielles — Maladies générales et constitutionnelles Névroses

De l'intelligence, des facultés morales et affectives, de la sensibilité, de la motilité générales et complexes.

AVEC FIGURES INTERCALÉES DANS LE TEXTE

PARIS

J.-B. BAILLIÈRE ET FILS,

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE IMPÉRIALE DE MÉDECINE

Rue Hautefeuille, 19.

LONDRES	NEW-YORK	MADRID
Hippolyte Baillière,	Baillière brothers,	C. Bailly-Baillière.

LEIPZIG, E. JUNG-TREUTTEL, QUERSTRASSE, 10.

1866

AVERTISSEMENT

DE L'ÉDITEUR DE LA CINQUIÈME ÉDITION.

Le Guide du médecin praticien a joui dès sa première édition d'un grand et légitime succès qui ne s'est pas démenti depuis la publication des trois éditions suivantes. On trouve, en effet, dans ce livre devenu classique, beaucoup d'érudition, une analyse faite avec un soin extrême des travaux contemporains les plus importants, une description étendue et complète des symptômes des maladies, du diagnostic et du pronostic ; l'anatomie pathologique y occupe une place suffisante, et le traitement y est tracé avec tous les développements qu'exige cette partie importante de la médecine pratique. Ajoutons que l'*exposition* méthodique employée dans tous les articles, et l'addition de tableaux synoptiques du diagnostic contribuent à donner à l'ouvrage un caractère exceptionnel de clarté et d'utilité.

En entreprenant cette cinquième édition, nous avons compris tout d'abord qu'il fallait conserver à cette œuvre tous les avantages si justement appréciés par les médecins et par les élèves.

Mais une réimpression pure et simple ne pouvait convenir; il fallait de plus faire aux principaux articles de nombreuses additions pour les mettre au niveau de la science, et aussi introduire dans l'ensemble de l'œuvre de sérieuses modifications nécessitées impérieusement par les progrès modernes. Sous ce dernier rapport, nous avons cru devoir accomplir notre tâche avec indépendance, et nous n'avons pas craint de formuler nettement notre opinion là où Valleix n'osait encore que timidement s'affranchir du joug pesant et absolu de l'anatomie pathologique.

Voici l'indication des changements qui ont été opérés et des motifs qui les ont rendus nécessaires.

Valleix avait adopté dans sa classification l'ordre anatomique, sur la valeur duquel nous n'avons pas à nous prononcer ; mais, forcé par l'évidence, il avait dû établir des classes fondées sur d'autres bases : c'est ainsi que, dans des livres distincts, il a traité des *fièvres*, des *névroses*, des *intoxications*. Il était impossible, en effet, de méconnaître la réalité et l'importance de ces classes de maladies, mais elles étaient dispersées : les *névroses* faisaient partie du deuxième volume et suivaient les maladies des centres nerveux; les *intoxications* venaient à la fin de l'ouvrage; les *fièvres* formaient un des derniers livres du cinquième et dernier volume, et là même, rejetées comme *incertæ sedis*, elles étaient incomplétement traitées, puisque les *fièvres éruptives* rentraient dans un autre volume et parmi les maladies de la peau. Quant aux maladies générales et constitutionnelles, il fallait les chercher : la *goutte* et le *rhumatisme*, dans les *maladies du système locomoteur ;* la *syphilis*, dans les *maladies des organes génito-urinaires* et dans les *maladies de la peau;* l'*anémie*, la *chlorose* et la *leucocythémie*, dans les *affections du système circulatoire;* les *scrofules*, dans les *maladies du système lymphatique ;* la *diphthérite* n'était étudiée qu'à l'occasion des *angines* et des *laryngites*. D'un

autre côté, le *choléra épidémique* rentrait dans les *maladies du tube digestif.*

Dans le moment actuel, une semblable classification ne saurait être maintenue, car elle suppose des localisations anatomiques parfaitement démontrées; or, les travaux modernes tendent chaque jour à établir tout ce qu'il y a de problématique et même de faux dans quelques-unes de ces déterminations.

En conséquence, j'ai cru devoir tout d'abord restituer aux *Fièvres* leur place véritable, et en signaler l'importance en les plaçant en tête de l'ouvrage. Sous le titre de *Fièvres* et *Maladies pestilentielles* (livre Ier), j'ai donc groupé les *fièvres continues*, les *fièvres éruptives*, les *fièvres intermittentes*, le *choléra*, etc., disséminés auparavant dans toutes les autres classes.

Un livre nouveau (livre II), sous le titre de *Maladies constitutionnelles*, nous a permis de rapprocher la *goutte*, le *rhumatisme*, la *syphilis*, les *scrofules*, l'*anémie*, la *chlorose*, la *leucocythémie*, le *scorbut*, la *glycosurie*, etc.

Les *Névroses*, marquant réellement la transition entre les maladies générales et les maladies locales, ont dû venir ensuite, pour former le livre IIIe. Ici encore quelques inversions ont eu lieu : ainsi la *paralysie générale progressive*, les *contractures*, les *convulsions*, retirées des *Maladies du système locomoteur*, ont trouvé leur place naturelle dans le livre des névroses. Après avoir étudié dans divers chapitres les *névroses de l'intelligence*, *des facultés morales et affectives*, *de la sensibilité*, *de la motilité*, nous groupons sous le titre de *névroses générales* et *complexes* les affections ne présentant pas une localisation évidente et facile, les unes, comme la *chorée*, l'*épilepsie*, l'*hystérie* même, se traduisant par des troubles qui peuvent porter sur tous les appareils à la fois, les autres plus circonscrites et n'ayant pas encore aujourd'hui de siége précis. L'*angine de poitrine* a été placée hors cadre, à la fin des névroses.

Mais, dès qu'il s'est agi des maladies par appareils, je n'ai plus fait subir que de légers changements à la classification de Valleix. Ainsi les livres des *Maladies des centres nerveux*, *des voies circulatoires*, *des voies respiratoires*, etc., sont reproduits à peu près intégralement sous le rapport de la *classification* et des divisions par *chapitres* et *articles*.

Après avoir indiqué les modifications portant sur l'ensemble de l'ouvrage, il nous reste à signaler les *modifications de détail* et les *additions*.

Dans plusieurs chapitres, les articles ont été placés dans un ordre nouveau; quelques-uns ont été divisés, d'autres réunis. Chaque paragraphe a été revu soigneusement, et remis au courant de la science, d'après les travaux les plus récents. Dans cette révision, nous avons respecté le mode d'exposition de Valleix, nous avons adopté sa méthode sévère, et suivi l'esprit analytique de l'auteur. De nouveaux ableaux synoptiques ont été ajoutés et les questions de thérapeutique traitées avec le plus grand soin.

Plus de trente articles ont été entièrement refaits. Environ quarante articles consacrés à des affections qui n'entraient pas dans le cadre primitif de Valleix ont été ajoutés au cadre élargi du *Guide du médecin praticien.* Ces additions ont très-sensiblement augmenté le volume total de l'ouvrage.

La quatrième édition du *Guide du médecin praticien* avait été revue conjointement par M. le docteur V. A. Racle, mon savant collègue, dans les hôpitaux et à la Faculté de médecine, et par moi. M. le docteur Racle, à mon grand regret,

a cessé de collaborer à cette œuvre pour laquelle la communauté de nos vues et de nos opinions m'eût fait désirer qu'il voulût bien me continuer son concours. Les grandes qualités d'esprit, la science solide, le sens droit et pratique de cet observateur distingué nous faisant défaut cette fois ont rendu notre tâche plus difficile.

Je n'ai pu accepter la mission de revoir seul la cinquième édition, et de refaire complétement une grande partie de cet ouvrage ; aussi voulant que cette révision consciencieuse fût achevée avec tout le soin désirable, j'ai eu recours à la science éclairée et à la collaboration dévouée de plusieurs médecins distingués qui ont apporté ici les résultats d'études personnelles sur des sujets spéciaux.

J'ai revu seul, pour cette édition, le livre Ier des FIÈVRES.

Les additions au livre II, MALADIES GÉNÉRALES et CONSTITUTIONNELLES, ont été faites avec le concours de M. le docteur Ch. Fernet, pour le *rhumatisme*, la *goutte*, la *scrofule*, la *glycosurie* et la *maladie d'Addison*. Le *rhumatisme* a été récemment l'objet d'études sérieuses, et l'on est revenu à l'idée ancienne, qui le considère comme susceptible de donner lieu à des manifestations viscérales nombreuses et variées. Toute cette partie de son histoire, que Valleix avait cru devoir laisser presque complétement de côté, a été l'objet d'importantes additions. Un appendice a été ajouté au rhumatisme chronique pour le *rhumatisme noueux:* cette variété très-intéressante n'était pas même mentionnée dans les précédentes éditions; nous avons dû réparer cette omission, en faisant l'exposé complet de l'état de la science sur ce point. — Les recherches récentes sur les altérations du sang et de l'urine chez les goutteux, sur les lésions anatomiques, etc., ont jeté un jour tout nouveau sur la pathogénie de la goutte; nous les avons exposées brièvement. — La *scrofule*, déjà remaniée dans la précédente édition, a reçu encore dans celle-ci quelques changements. — Pour le *diabète*, les dernières investigations des physiologistes ont considérablement modifié les opinions qu'on s'était faites sur sa nature ; et comme cette question a la plus haute importance au point de vue thérapeutique, nous avons cru devoir consacrer à la physiologie pathologique de cette affection, des développements plus étendus que ne paraît le comporter l'esprit général de l'ouvrage. On trouvera aussi, dans cet article, des renseignements utiles sur certains accidents du diabète, que l'on a étudiés avec soin dans ces dernières années, tels que les troubles de la vision, les maladies cutanées, les accidents gangréneux, etc.

M. le docteur Le Roy de Méricourt a revu l'article *Scorbut*. L'article *Beriberi* a été écrit par la plume autorisée du savant professeur aux Écoles de médecine navale.

Les autres maladies traitées dans ce livre ont été revues par moi. J'ai, en particulier, entièrement écrit, sans conserver une ligne de l'ancien texte, le long chapitre de la *syphilis;* celui de la *vaccine*, et plusieurs autres, sont absolument nouveaux.

Les additions au livre III, NÉVROSES, ont été faites plus spécialement avec le concours de mon excellent ami le docteur A. Motet. La classification que nous avons adoptée nous a semblé la plus simple ; en ramenant les névroses à quatre groupes bien distincts, nous avons pu élargir le cadre des *névroses complexes* et ajouter de nombreux détails. Dans les *névroses de l'intelligence*, nous nous sommes attachés surtout à bien préciser les formes, à donner un exposé de leurs

caractères, qui permît de les distinguer facilement les unes des autres. Suivant en cela la méthode indiquée déjà par Marcé, Morel, J. Falret, etc., nous avons ajouté aux articles de la *chorée*, de l'*hystérie*, de l'*épilepsie*, l'étude de l'état mental dans ces différentes affections. La *catalepsie*, l'*extase*, le *somnambulisme*, ont été l'objet d'une description toute spéciale; ils ont été rapprochés de l'hystérie avec laquelle ils ont des liens étroits, et placés à ce titre parmi les névroses complexes.

Des développements nouveaux ont été donnés à deux affections qui sont devenues dans ces derniers temps le sujet de nombreux travaux. L'*atrophie musculaire progressive* a été revue avec soin. Nous avons ajouté un article entièrement inédit, relatif à l'*ataxie locomotrice* dont la place nous a semblé devoir être marquée à la suite des névroses complexes.

M. le docteur Corlieu a bien voulu me fournir des notes pour le chapitre *Névroses de la sensibilité*.

Je dois à M. V. Magnan l'article *Paralysie générale*.

L'article *Mal de mer* a été refait par M. Le Roy de Méricourt.

L'article *Angine de poitrine* a été revu par M. Ch. Fernet.

M. le docteur Laborde a rédigé les articles: *Paralysie de l'enfance*, *hémorrhagies des méninges cérébrales*, *congestions cérébrales*, *ramollissement du cerveau*, *troubles de l'intelligence*, *de la parole en général et du langage articulé en particulier*, et revu les autres articles consacrés aux MALADIES DES CENTRES NERVEUX ET DES NERFS.

Avec le concours de M. Leplat, ancien interne des hôpitaux de Paris, professeur agrégé à l'École impériale de médecine militaire du Val-de-Grâce, les MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE ont toutes été consciencieusement revues et mises au courant de la science. Nous avons eu plus à retrancher qu'à ajouter aux *maladies des fosses nasales;* mais rien n'a été négligé pour élargir le cadre des *maladies du larynx;* nous avons mis grandement à contribution les données nouvelles fournies par le *laryngoscope*. Un chapitre presque nouveau a été consacré aux *tumeurs du larynx*. Le *croup*, par sa fréquence et sa gravité relatives, appelait particulièrement notre attention; les indications et les contre-indications de la *trachéotomie* ont été posées et discutées avec soin. Nous avons augmenté l'histoire de la *pneumonie* de toutes les questions qui ont trait à sa distribution géographique et à son traitement. La *pleurésie* a été reprise dans son ensemble, et un article important par son étendue et par le nombre des matériaux mis en œuvre, nous a permis de résumer les discussions récentes sur l'opportunité de la *thoracocentèse*. L'article *Asthme* que Valleix, fidèle aux doctrines de l'école dont il était un des principaux soutiens, avait un peu laissé dans l'ombre, a reçu des développements proportionnés à son degré d'utilité pratique. A l'histoire de la *phthisie pulmonaire*, si parfaite à certains points de vue, ont été ajoutées les notions de géographie médicale, d'histologie pathologique et de thérapeutique que les travaux modernes ont acquises à la science. L'*emphysème pulmonaire* et l'*hydropneumothorax* nous ont fourni l'occasion de rappeler certaines difficultés de diagnostic indiquées depuis longtemps et en partie résolues par l'école de Vienne et les médecins français de l'époque actuelle. Enfin nous avons consacré un chapitre tout nouveau aux *maladies des ganglions bronchiques*.

Le chapitre des MALADIES DU COEUR a été revu en totalité par M. Ch. Fernet. On sait que Valleix avait adopté la théorie de Beau sur la physiologie du cœur. Déjà fortement ébranlée par les objections sérieuses qui lui avaient été faites, cette théorie paraît définitivement renversée par les expériences nouvelles de Chauveau et Marey, et la discussion académique à laquelle ces expériences ont donné lieu. L'interprétation des phénomènes morbides est par suite bien différente de celle que Beau avait proposée, et que Valleix avait adoptée. Nous avons eu soin d'établir dans nos notes les opinions actuelles et leurs rapports avec les données physiologiques. Nous avons, en outre, fait un grand nombre d'additions de détail : ainsi un chapitre nouveau est consacré à l'*endocardite ulcéreuse;* les signes fournis par le sphygmographe sont indiqués pour la plupart des *maladies valvulaires*. Enfin nous avons exposé les recherches nouvelles sur les *dégénérescences du cœur*, l'*asystolie*, la *péricardite hémorrhagique*, etc.

Les MALADIES DES VAISSEAUX ont été revues avec le concours de M. J. Villemin, professeur agrégé à l'École impériale de médecine militaire du Val-de-Grâce; l'*artérite* a dû être remaniée selon les exigences de la science, mais avec les ménagements que comporte un sujet qui est loin d'être hors de discussion. Il en a été de même de la *phlébite* et de la *phlegmatia alba dolens*. Les *embolies* ont reçu les additions consacrées par l'assentiment général. Un article a été réservé à la *mélanémie* qui ne figurait pas dans les éditions précédentes.

M. le docteur A. Corlieu a revu avec moi le livre des MALADIES DES VOIES DIGESTIVES. Sans m'arrêter à de courtes additions faites aux articles *Angine herpétique*, *angine diphthéritique*, *rétrécissement de l'œsophage*, je signalerai l'article nouveau consacré à la *pharyngite érysipélateuse*. Tous les travaux nouveaux sur les *paralysies diphthéritiques* ont été mis à profit. Pour la *dysenterie*, nous avons utilisé les travaux des médecins de la marine. L'*étranglement interne*, l'*invagination de l'intestin*, enfin les *vers intestinaux*, ont été l'objet de nouveaux développements que nécessitaient les importants travaux récemment publiés sur ce sujet. L'article *Dyspepsie* a été revu et modifié.

A M. le docteur J. Pellagot, ancien interne des hôpitaux de Paris, auteur d'une excellente traduction du livre de Frerichs, sur les maladies du foie, je suis redevable de la révision complète et en grande partie de la rédaction du chapitre des *maladies du foie*.

M. Jules Arnould, professeur agrégé à l'École impériale de médecine militaire du Val-de-Grâce, a bien voulu revoir, avec moi, les autres MALADIES DES ANNEXES DES VOIES DIGESTIVES et une notable partie des MALADIES DES VOIES GÉNITO-URINAIRES. Je signalerai les additions aux articles : *Inflammation des voies biliaires*, *calculs biliaires*, *colique hépatique*, *ictère*, *splénite chronique*, *péritonite aiguë et chronique*, *néphrite rhumatismale*, *goutteuse*, *par poisons morbides*, *albuminurie*, *maladie de Bright*, *entozoaires des reins*, *mobilité des reins*, *hémorrhagie rénale*, *gravelle et calculs rénaux*. Les articles *Périnéphrite*, *maladies de la prostate et du testicule*, ont été écrits *ex professo* par M. Arnould.

Les *maladies vénériennes* occupent dans cette édition une place considérable et proportionnée à l'importance que les besoins de la pratique et les progrès des travaux modernes leur ont acquise. Nous avons mis à contribution la science spéciale de notre ami le docteur Viennois (de Lyon), pour : 1° l'article *Écoulements blen-*

norrhagiques ou affections blennorrhagiques proprement dites, comprenant la blennorrhagie génitale de l'homme et les complications particulières à l'homme, la blennorrhagie génitale de la femme, et les complications particulières à la femme, les complications communes aux deux sexes, la blennorrhagie anale, et 2° l'article *Écoulements blennorrhoïdes*.

Les modifications apportées au tome V ne sont ni moins considérables, ni moins nombreuses.

M. O. Larcher a apporté dans la révision du livre des MALADIES DES FEMMES et de celui des MALADIES DE LA PEAU, un soin remarquable.

Dans la première de ces deux tâches, les articles qui lui ont surtout offert l'occasion d'additions importantes sont relatifs aux *tumeurs sanguines* ou *thrombus de la vulve et du vagin*, à l'*aménorrhée*, à la *métrorrhagie*, à la *métrite externe* et aux *granulations du col utérin*, à la *métrite interne*, à l'*hypertrophie de l'utérus* et aux *môles utérines*. Enfin, deux états graves, la *rupture* et le *cancer de l'utérus*, dans l'histoire desquels l'anatomie et la physiologie pathologiques tiennent une grande place, ont été traités dans deux chapitres enrichis de l'analyse des travaux les plus récents et de quelques autres plus anciens, qui avaient été passés sous silence dans les éditions précédentes. Le chapitre des *Déviations de l'utérus*, auquel Valleix avait consacré une étude étendue justifiée par la tendance de ses recherches antérieures, a subi quelques modifications en rapport avec le nouveau plan du livre. Dans le chapitre des maladies qui affectent les *tissus périutérins*, l'*hématocèle* et le *phlegmon* ont été revus attentivement. Quelques additions intéressantes ont été faites, enfin, aux chapitres qui traitent des *maladies des ovaires* et des *tumeurs inflammatoires du petit bassin et des fosses iliaques*.

Dans la révision des MALADIES DE LA PEAU, M. O. Larcher, qu'un séjour antérieur à l'hôpital Saint-Louis avait préparé à ce travail, a remanié presque complétement l'œuvre de Valleix, et il a dû souvent refaire en entier un exposé qui n'était plus en rapport avec les connaissances actuelles. Dans un article en tête du chapitre, M. O. Larcher a présenté sommairement les principales doctrines dermatologiques et les classifications auxquelles elles ont donné naissance. Se plaçant, du reste, le plus souvent, dans les conditions de la clinique, il s'est efforcé, par ses descriptions, de rendre plus faciles le diagnostic de la lésion élémentaire, et ensuite, celui de la nature même de la maladie cutanée qui doit exercer une si grande influence sur les indications thérapeutiques.

Les MALADIES DU TISSU CELLULAIRE et de l'APPAREIL LOCOMOTEUR ont reçu de plus grands développements, grâce au concours de M. Villemin.

ORGANES DES SENS. — L'histoire des *maladies des yeux* se rattache à la pathologie générale par tant de points, la scrofule, la syphilis, la diphthérite, la néphrite albumineuse, les affections cérébrales, les maladies du cœur, le diabète, et beaucoup d'autres troubles généraux, qu'elle ne doit pas plus être isolée dans la médecine que l'étude ou la pratique des affections du cœur et d'autres organes importants. A ce point de vue, une description des *maladies des yeux et des oreilles* manquait à l'ouvrage de Valleix. J'ai essayé avec le concours de mon excellent et distingué collègue M. Leplat, de combler cette lacune, sans oublier que le *Guide du médecin praticien* est un livre essentiellement médical ; aussi dans l'exposé sommaire que nous avons fait des affections des yeux et des oreilles, avons-nous

laissé de côté les questions qui sont du ressort exclusif de la chirurgie. Pour les maladies de l'appareil de la vision, nous nous sommes bornés à l'étude des *ophthalmies* en passant rapidement en revue les *blépharites*, les *inflammations de la conjonctive, de la cornée, de l'iris, de la choroïde et de la rétine.* Nous avons particulièrement insisté sur les moyens de reconnaître les altérations des membranes profondes de l'œil, dans le double but : 1° de vulgariser l'*ophthalmoscopie*, cette science si récente encore et déjà si riche en résultats ; 2° d'être utile aux praticiens toujours défiants d'eux-mêmes lorsqu'il s'agit de soigner des affections généralement abandonnés aux spécialistes. Pour les *maladies de l'oreille*, nous avons insisté sur les divers *écoulements du conduit auditif*, sur les causes qui leur donnent naissance et sur les *troubles purement nerveux du sens de l'audition.* Tout en nous renfermant dans un cadre forcément limité, nous n'avons rien négligé de ce qui peut être vraiment utile à la connaissance et à la thérapeutique de maladies pour lesquelles le patient demande toujours des conseils, si insoucieux qu'il soit d'ailleurs de sa santé.

Le livre des INTOXICATIONS, dont le savant M. Le Roy de Méricourt a bien voulu accepter la révision et dans lequel ont été insérés un grand nombre d'articles nouveaux, comprendra, dans des chapitres distincts, les *intoxications par les venins, par les virus, par les poisons d'origine animale, végétale et minérale.* On y trouvera une analyse étendue des travaux qui ont modifié si profondément les connaissances modernes sur l'histoire des *parasites animaux et végétaux.*

Comme on peut le voir par cette énumération, nous n'avons négligé aucun des points importants, aucune des questions nouvelles qui attirent aujourd'hui l'attention générale.

Pour l'immense révision que nous avons entreprise, nous avons consulté les travaux les plus récents ; et nous ne craignons pas de dire que nous avons analysé tous les livres, presque tous les mémoires, et un grand nombre d'articles de journaux, qui ont paru depuis l'édition précédente.

Il nous serait impossible de citer tous les noms des auteurs auxquels nous avons emprunté les matériaux de nos additions. Nous croyons cependant devoir citer en France : MM. Axenfeld, Baillarger, Benjamin Ball, Barrallier (de Toulon), E. Barthez, Bazin, Béhier, Belhomme et A. Martin, Bergeron, Claude Bernard, Bernutz, Blachez, Bouchut, Boudin, H. Bourdon, Bouvier, Briquet, Brouardel, Brown-Séquard, Bucquoy, Calmeil, Charcot, Chauffard, Chedevergne, Civiale, L. Colin, Costallat, Cruveilhier, Cullerier, Davaine, Delioux de Savignac, Desormaux, Demarquay, Desnos, Diday, Duriau, J. Falret, Faure, Follin, Fonssagrives, Alfred Fournier, Fritz, Fuster, Galezowski, Gallard, Gallois, Gintrac, Giraud-Teulon, Godelier, Gosselin, Goupil, X. Gouraud, Grisolle, Gubler, Noël Gueneau de Mussy, Alph. Guérin, A. Hardy, Ch. Hardy, Huguier, Isambert, Jaccoud, Laborde, Lancereaux, Landouzy, Lasègue, Laveran, H. Lebert, Le Bret, Lécorché, Lefèvre (de Brest), R. Leroy (d'Étiolles) fils, Le Roy de Méricourt, Leudet (de Rouen), Luton (de Reims), Luys, Maingault, Marcé, Marey, Marrotte, Mesnet, Millard, Monneret, Moreau (de Tours), Motet, Nonat, Auguste Ollivier, Parrot, Peter, Pidoux, Potain, Proust, Puel, Maurice Raynaud, O. Reveil, Melchior Robert (de Marseille), Ch. Robin, Jules Rochard, Henri Roger, Rollet (de Lyon), Théophile Roussel, Schützenberger, Germain Sée, Marc Sée, Sentex (de Bor-

deaux), Seux (de Marseille), Jules Simon, Max Simon, Ambroise Tardieu, Topinard, Trousseau, Verliac, Ém. Vidal, Al. Viennois (de Lyon), J. Villemin, Auguste Voisin, Wecker, Woillez, Prosper Yvaren.

Nous citerons à l'étranger : MM. Addison, Balardini, Lionel Beale, John Hughes Bennett (d'Édimbourg), James Henri Bennet, Bœck (de Christiania), Brinton, Budd, Fleetwood Churchill (de Dublin), Cohn (de Berlin), Czermak, Frerichs (de Berlin), Garrod, Gibb, Graves (de Dublin), Griesinger (de Berlin), Harley, Magnus Huss, Wharton Jones, Mackenzie, Niemeyer (de Tubingue), Ranking, Roberts, Stokes (de Dublin), Ludwig Turck, Virchow.

Le *traitement* joue dans l'ouvrage de Valleix un rôle tellement important, et, eu égard aux lecteurs auxquels il s'adresse, un rôle tellement légitime, que nous n'avons pas craint d'insister sur ce chapitre, en y introduisant les nouvelles découvertes de la science. Ainsi nous avons fait mention de toutes les substances médicamenteuses nouvellement accréditées, développé certaines méthodes thérapeutiques déjà connues, mais actuellement mises en usage d'une manière particulière.

Nous avons ajouté, comme Notice biographique, l'éloge de Valleix par M. Woillez. Ami intime de Valleix, M. Woillez a, dans des pages chaleureuses, rappelé les travaux et les mérites du médecin trop prématurément enlevé à la science, et donné l'appréciation des œuvres qui lui survivront.

Cette édition se distingue encore des précédentes par l'addition de nombreuses figures explicatives insérées dans le texte et représentant, soit des objets d'anatomie pathologique, soit des instruments d'un emploi fréquent et utile dans la pratique médicale.

On reconnaîtra facilement les additions et les chapitres nouveaux par la précaution qui a été prise de les intercaler entre deux crochets [ ].

Ce travail nous a coûté des efforts, et démontre qu'il est plus facile peut-être de créer que de réviser.

Nous attendons le jugement de nos lecteurs, et nous recevrons avec reconnaissance leur critique ou leur approbation, disposés que nous sommes à faire droit surtout aux justes observations qui nous seraient adressées.

P. LORAIN.

Paris, le 25 janvier 1866.

INTRODUCTION

Le Guide du médecin praticien n'est pas un ouvrage doctrinal destiné à la glorification d'un système ou d'une individualité. C'est une œuvre avant tout pratique, ainsi que l'indique son titre. On y trouve exposés avec bonne foi et sans parti pris les résultats de tous les travaux, de toutes les découvertes dont s'est successivement enrichie la médecine moderne. L'historique et les discussions y occupent une place suffisante mais non prédominante ; l'étude des maladies et le traitement y sont exposés avec tous les développements que comportent le plan et les dimensions de cet ouvrage, sorte d'encyclopédie médicale. Nous nous sommes efforcé de donner de justes proportions aux différentes parties de ce livre ; si quelques maladies y sont décrites plus longuement que d'autres c'est que nous avons été contraint de donner plus d'extension à ce qui est plus nouveau ou moins bien connu. Les maladies les plus communes et les mieux étudiées depuis l'origine de la médecine, telles que les *fièvres ;* celles qui, grâce à la perfection des moyens de diagnostic modernes, n'offrent plus aucune obscurité, telles que les *affections aiguës de poitrine* ou les *maladies du cœur*, ont été décrites avec méthode et exposées avec netteté, ainsi qu'il convient pour tout ce qui est classique ; on est d'autant plus bref que l'on possède mieux son sujet ; les longs commentaires au contraire, supposent l'obscurité du sujet. Les sciences parfaites peuvent tenir tout entières dans de petits livres. La médecine est loin d'avoir atteint la perfection dans toutes ses parties, et là où la lumière n'est pas faite, le devoir d'un auteur est d'exposer le pour et le contre et de fournir au lecteur les pièces, les éléments sur lesquels la discussion s'établit. Ainsi une maladie sera d'autant plus longuement décrite qu'elle est moins bien connue. Nous avons cependant fait tous nos efforts pour échapper au défaut de prolixité sur des matières qui ne sont pas d'un intérêt considérable pour la pratique. Les nouveautés, les découvertes éphémères ou d'un ordre secondaire, ont été relatées par nous avec toutes les précautions et toute la brièveté qu'exigeait le sujet.

Nous avons voulu cependant que cet ouvrage pût être consulté avec profit, non seulement par les praticiens et les élèves qui y chercheront les règles de la pratique usuelle de la médecine, mais encore par les médecins qui veulent se tenir au courant des idées modernes et n'ignorer aucun des progrès de la médecine scientifique. Une autre considération nous a contraint d'accorder une place considérable à quelques affections dont la description était plus brève dans les précédentes éditions de ce livre ; des découvertes inattendues qui ont augmenté l'importance de ces affections nous ont obligé de les exposer plus longuement. La science se fait ainsi : toutes les parties n'en sont pas également explorées ; le progrès se montre sur un point et non sur tous les points à la fois ; aussi un livre de médecine ne saurait-il offrir d'exactes proportions dans toutes ses parties, sans être par cela même en contradiction avec l'état réel de la science.

Le soin que nous avons pris d'éviter toute tendance doctrinale ne doit pas être considéré comme un défaut involontaire, c'est un parti pris. Trop longtemps la médecine a été livrée aux disputes scolastiques, aux raisonnements philosophiques, aux querelles d'écoles, aux apologies et aux critiques ; le temps n'est plus où l'on ne pouvait exposer simplement le tableau tracé d'après nature d'une maladie, sans invoquer Hippocrate et Galien, sans faire montre d'une érudition stérile, sans se ranger sous la bannière d'une école philosophique ou théosophique. Encore aujourd'hui quelques auteurs qui écrivent pour leur satisfaction personnelle ou pour servir les intérêts d'un parti, font des professions de foi et se déclarent ouvertement vitalistes ou matérialistes, physiologistes ou organopathologistes, spiritualistes ou dynamistes. Ces querelles ne font pas avancer la médecine pratique, voilà pourquoi nous ne leur donnons pas accès dans ce livre. Cependant nous sommes de notre époque et nous servons le progrès; nous n'avons point accumulé ici simplement une série de notions pratiques et de recettes thérapeutiques. L'esprit de ce livre c'est la tolérance ; la critique n'en est point absente, et si nous sommes impartiaux, nous ne sommes pas indifférents à la vérité ou à l'erreur. Nous avons pris pour règle de donner la plus grande extension possible à tout ce qui est positif et utile : les signes diagnostiques et pronostiques sont surtout traités avec soin, afin que le médecin soit d'abord mis en mesure de ne pas se tromper sur la nature des symptômes, car rien n'est plus préjudiciable à la dignité de l'art et au salut des malades. On peut différer d'opinion sur l'essence, sur la nature, sur la cause d'une maladie, mais il ne peut être permis d'en ignorer les signes et les symptômes. C'est là une vérité sur laquelle tous les médecins sont d'accord ; aussi bien ne peut-on discuter sur un fait qu'après en avoir nettement défini le caractère et les attributs. Agir ainsi ce n'est pas appartenir à une doctrine, à un dogme, à un système en particulier, c'est obéir aux lois mêmes de la science, et s'il fallait être pour cela classé dans une école, il n'y aurait pas d'autre nom à prononcer que celui d'école moderne.

Voici comment nous comprenons l'étude d'une maladie : Une maladie n'est point un être abstrait, une entité ; sans doute on peut concevoir une sorte d'idéal qui réalise pour ainsi dire un type nosologique ; ce n'est point là un effort de la pensée, c'est un besoin intellectuel, une sorte d'opération instinctive qui se fait dans l'esprit de l'homme qui se trouve en présence d'un phénomène physique. Ce besoin est d'autant plus impérieux que l'on est moins instruit, moins éclairé. L'enfance de l'homme et l'enfance des sociétés engendrent les fictions, les entités, les divinités bienfaisantes ou malfaisantes, ces mythes, ces produits subjectifs auxquels la crédulité populaire consacre des autels. A cette période théosophique ou mystique succède la métaphysique qui se propose pour but la solution de tous les problèmes, et néglige les réalités objectives qui s'imposent à nos sens, pour se livrer à la poursuite des lois qui président à ces réalités. Puis vient l'âge de raison qui est le nôtre, où l'homme, fatigué de concevoir le vague, de poursuivre l'impossible, s'abaisse vers la terre, regarde, observe, note, classe et fait l'inventaire de tous les objets qui l'entourent et qui le touchent.

Les moyens d'observation se perfectionnent, la rigueur qui préside à l'observation s'accroît, la méthode est proclamée, elle a ses lois, dont on ne s'écarte

pas impunément. Elle serait stérile si elle se bornait à enregistrer les faits sans les classer, sans les grouper, sans voir le lien qui les unit, sans se rendre compte des relations de cause à effet, ou si l'on veut des relations de succession qui existent entre eux. Tel est le labeur de la science moderne. Cette recherche patiente et éclairée est indispensable au médecin. Il doit s'entourer de toutes les précautions et ne rien négliger de ce qui peut lui épargner des erreurs dont la faute serait pour sa conscience et le dommage pour le malade. Il ne doit pas oublier de faire appel à tous les moyens que la vraie méthode d'observation lui fournit : d'abord il doit reconnaître les signes de la maladie et pour cela il recherchera soit un ensemble de signes, soit un signe pathognomonique : cette partie mécanique de notre art suppose une longue éducation des sens, et une certaine habileté que l'exercice peut seul donner. Un premier coup d'œil d'ensemble avertit le médecin de la nature du milieu où il se trouve ; l'état des lieux, l'apparence de l'entourage, le mettent tout de suite en possession de certaines notions qu'il n'a pas besoin de confirmer par l'interrogation. L'âge et le sexe du malade doivent être pris en grande considération tout d'abord ; les maladies diffèrent singulièrement suivant l'âge : elles diffèrent peu dans leur essence, mais beaucoup dans leur marche, leur durée et leur gravité ; il en est même qui n'appartiennent qu'à un certain âge. Le sexe n'influe pas seulement sur la destinée de l'individu, en ce sens que l'appareil génital est fréquemment affecté, mais il influe encore sur la constitution, sur l'état des forces, sur la marche des maladies ; et les maladies qui procèdent du sexe ne sont pas seulement génitales ; ainsi l'hystérie, la chlorose, la prédominance de l'élément nerveux dépendent du sexe féminin sans qu'on puisse en placer le siége dans l'utérus même. Il importe aussi au médecin de s'enquérir d'abord des circonstances qui ont précédé la maladie, du milieu, de la profession, des maladies antérieures, de l'hérédité, qui sont autant d'éléments de diagnostic précieux à recueillir. L'attitude du malade fournit aussi des renseignements importants. Quelle que soit l'école à laquelle on croit appartenir, on n'est jamais dispensé de recourir à ces moyens de diagnostic sans lesquels il n'y a pas de bonne médecine. Sans doute l'énumération méthodique de tous ces signes accessoires précédant l'examen de chaque malade paraît fastidieuse ; l'excès, même en cela, serait un défaut. On a reproché à une école de réformateurs qui, sous la direction du savant M. Louis, a ramené la médecine contemporaine à l'observation minutieuse des sages préceptes, d'en avoir exagéré l'importance, et d'avoir employé dans tous les cas une méthode d'une application lente et d'un usage difficile ; il n'en faut pas moins reconnaître que cette école a influé d'une façon heureuse sur l'exactitude du diagnostic, et servi par là les intérêts de la science médicale. Nous nous sommes fait une loi de rappeler ces préceptes utiles un très-grand nombre de fois dans le cours de cet ouvrage.

Nous nous sommes appliqué également à rapporter avec soin toutes les observations relatives à l'influence du climat et des professions. Nous avons décrit un grand nombre de maladies exotiques, et nous n'avons négligé aucune occasion de relater les grandes épidémies, en tenant compte du mode de propagation et de la marche de ces maladies. Nous avons aussi donné sur la *géographie médicale* des notions qui ne seront pas sans utilité pour les médecins qui doivent exercer leur art dans les pays étrangers ou dans nos colonies.

L'*étiologie* occupe une place importante dans la médecine et intéresse autant le praticien que le savant. C'est une partie qui mérite d'être traitée avec quelque développement, surtout lorsqu'il s'agit de maladies épidémiques ou contagieuses, d'affections héréditaires, de diathèses, ou de maladies professionnelles. La *genèse* ou *pathogénie* est pour le médecin instruit un moyen précieux d'assurer le diagnostic et le traitement ; à une époque où l'hygiène tend à prendre une place considérable, la pathogénie doit être l'objet de sérieuses études. Sous ce rapport, la plupart des traités de médecine laissent trop à désirer ; nous y avons insisté, indiquant, lorsque nous ne pouvions faire mieux, les *desiderata* de la science sur ce point.

Les progrès réalisés dans l'art de reconnaître les signes des maladies ont influé puissamment sur la direction des études médicales à notre époque.

Les médecins consacrent aujourd'hui une grande partie du temps de leurs études à exercer leurs sens et à apprendre le précieux métier qui les met en situation de fixer nettement le siége et la nature des lésions sur le vivant. L'*auscultation* et la *percussion*, la *palpation*, l'usage de l'outillage médical moderne : *stéthoscope*, *spéculum*, *ophthalmoscope*, *laryngoscope*, *sphygmographe*, sont devenus d'une absolue nécessité, non-seulement pour la médecine scientifique, mais souvent pour la médecine pratique elle-même. L'exactitude du diagnostic en ce qui concerne les signes physiques des maladies ne saurait être poussée trop loin ; c'est le défaut contraire qu'il faut redouter. Aussi avons-nous mis tous nos soins à ne rien négliger sous ce rapport. Toutes les fois que cela a été possible, nous avons rapproché l'étude des maladies des données fournies par la physiologie expérimentale, et un grand nombre de nos chapitres contiennent un paragraphe consacré à la physiologie pathologique.

L'*anatomie pathologique* ne serait pas impunément négligée par le médecin. C'est une des plus nobles conquêtes de la science moderne, et cette branche de la médecine a pris une extension si considérable, qu'elle est devenue prédominante dans certaines écoles. L'Allemagne et l'Angleterre ont, sous ce rapport, réalisé des progrès tels, que les livres classiques publiés dans ces pays accordent aux lésions anatomiques une place quelquefois exagérée. On ne peut se dissimuler que telle est la tendance actuelle même en France où domine cependant le sens pratique. C'est qu'en effet l'anatomie pathologique est une science d'un attrait puissant ; elle nous permet de nous rendre compte de ces troubles physiologiques ou morbides que toute l'habileté du médecin clinicien ne saurait justifier sans elle. Un grand nombre de maladies trouvent ainsi leur explication. Sans déposséder la médecine théorique de ses droits, on peut dire qu'elle doit aujourd'hui se soumettre aux résultats nets et positifs que fournit l'anatomie pathologique et qu'il n'y a pas de médecin instruit qui ne s'efforce de concevoir par l'examen du malade la nature de la lésion matérielle à laquelle correspondent les symptômes. Anatomie, physiologie et anatomie pathologique, telles sont les trois sources où doit constamment puiser le médecin. L'*histologie* est devenue une nécessité de la science moderne ; en vain s'efforcerait-on d'en nier l'utilité, on ne serait pas en peine pour démontrer les bienfaits de ces examens micrographiques qui nous ont initiés aux causes jusque-là mystérieuses d'une foule de phénomènes morbides. On doit beaucoup attendre de cette science, et il serait puéril d'en contester les

résultats. L'*histoire naturelle* médicale ne peut plus se passer désormais du microscope. On en peut dire autant du secours apporté à la médecine par les sciences annexes, la *chimie* et la *physique*, appliquées soit au diagnostic des maladies, soit à l'étude des produits morbides. Nous pensons avoir mis ce livre en état de supporter les comparaisons sur ce point, avec les ouvrages classiques les plus recommandables.

La *thérapeutique* est une des parties les plus importantes d'un livre consacré à la médecine pratique. La variété des cas est telle, que l'on ne peut les prévoir tous; et ce serait tenter une œuvre impossible que de prétendre répondre à l'avance à toutes les indications. Les préceptes contenus dans les livres de pathologie générale et de thérapeutique peuvent seuls donner au médecin les principes dont il fera l'application sous sa responsabilité à tous les cas de sa pratique. Nous avons cependant conservé à ce livre le caractère qu'il présentait dans les premières éditions, c'est-à-dire que nous y avons inséré un grand nombre de formules thérapeutiques, en les accompagnant de commentaires propres à en justifier l'emploi. Toutes les fois qu'il a été possible d'indiquer une thérapeutique rationnelle, fondée soit sur une statistique féconde, soit sur des données exactes, expérimentales, nous l'avons fait en fournissant au lecteur des documents propres à former sa conviction et à rassurer sa conscience. Là où l'empirisme règne, et c'est, il faut bien le dire, trop fréquemment le cas, nous avons indiqué à quelle source nous puisions nos indications et nous avons mis la thérapeutique que nous indiquions sous la responsabilité des médecins anciens ou contemporains qui ont publié des travaux sur ce point. Les doses des médicaments ont été surtout l'objet de notre préoccupation spéciale, et cette précaution n'est pas superflue à une époque où les progrès de la chimie et de la pharmacie mettent entre les mains des médecins des substances dont l'action sur l'organisme est puissante, active et peut être facilement dangereuse si l'usage n'en est pas prudemment surveillé. Nous avons emprunté nos formules aux médecins français principalement, mais nous avons cependant introduit dans notre thérapeutique un grand nombre de médications éprouvées à l'étranger, lorsqu'elles nous ont paru pouvoir s'adapter aux habitudes et aux mœurs médicales de notre pays. Nous avons seulement exclu les systèmes thérapeutiques basés sur de pures hypothèses ou empruntés à certaines écoles qui n'ont pas donné au monde médical des gages suffisants de sincérité, ou qui se soustraient au contrôle indispensable de la médecine scientifique.

P. LORAIN.

NOTICE SUR VALLEIX

François-Louis-Isidore VALLEIX naquit à Toulouse, le 14 janvier 1807 ; il entra au collége de cette ville, et il montra, dès ses premières années, cette grande facilité, cette aptitude au travail, qui l'ont distingué pendant toute sa vie.

Valleix vint étudier la médecine à Paris. C'était l'époque où M. Louis fixait l'attention sur l'indispensable nécessité de l'observation rigoureuse comme point de départ des faits généraux.

L'ardeur méridionale de Valleix, son enjouement habituel, son goût pour les arts et même pour la poésie, qu'il avait cultivée avec assez de bonheur pour recevoir les félicitations d'un illustre poëte, semblaient alors devoir le porter vers la médecine d'imagination, si funeste aux progrès de la science. Mais son esprit élevé, son jugement net et précis, lui firent envisager la médecine comme une science difficile, et l'observation comme sa condition fondamentale. Ses convictions à cet égard étaient si profondes, qu'elles dominèrent complétement ses dispositions naturelles.

Nommé externe des hôpitaux en 1828, il passa sa première année à la Charité ; pendant la seconde, il fut attaché à l'hôpital des Enfants trouvés, et là il conçut déjà le projet d'étudier les maladies, alors mal connues, de la première enfance.

Il fut nommé interne à la fin de l'année 1830, après des travaux sérieux et assidus ; il passa deux ans à l'hôpital Saint-Antoine, un an à la Charité, et sa quatrième année, en 1834, à l'hôpital des Enfants trouvés. C'est là qu'il recueillit les matériaux qui devaient plus tard servir à la publication de son premier ouvrage, la *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés.* — Dès le 2 janvier de 1835, il soutenait sa thèse de doctorat (1) et, la même année, il donnait un mémoire sur les céphalématomes du crâne chez les nouveau-nés (2). En 1834, Valleix avait communiqué à la Société anatomique un travail *Sur le développement des os du crâne après la naissance* (3), et plusieurs faits très-intéressants, dans lesquels on trouve des détails notés avec un soin qui démontre toute l'importance qu'il attachait dès lors aux observations recueillies avec exactitude, et en 1835, un mémoire intitulé : *Du rôle des fosses nasales dans l'acte de la phonation* (4).

C'est en 1838 qu'il fit paraître sa *Clinique des maladies des enfants nouveau-nés* (5), pour laquelle il eut recours à la méthode numérique « comme moyen de mieux connaître les maladies du premier âge ». Il nous apprend lui-même, dans son avant-propos, que c'est « la connaissance de cette méthode, si heureusement introduite par M. Louis dans la science médicale, qui a pu seule le déterminer à entreprendre cette publication. »

Le *Traité des maladies des enfants nouveau-nés* de Billard avait attiré principalement l'attention sur l'anatomie pathologique des affections des nouveau-nés, et la symptomatologie n'y avait été considérée par l'auteur, en quelque sorte, que comme accessoire. Valleix, envisageant avec raison la question au point de vue pratique, s'occupe d'abord des symptômes et du diagnostic, pour remonter ensuite aux lésions anatomiques comme moyen de contrôle et d'élucidation pathologique.

Dans un premier chapitre, très-neuf à l'époque où il parut, il traite de l'*exploration*

(1) Cette thèse avait pour titre : *De l'asphyxie lente des nouveau-nés, et principalement de celle que produit la maladie connue sous le nom d'endurcissement œdémateux du tissu cellulaire, de sclérème, etc.* In-4 de 71 pages.

(2) *Journal hebdomadaire du progrès des sciences médicales*, 1835, t. IV.

(3) *Observation suivie de réflexions sur un décollement de plusieurs épiphyses des os longs.* — *Observation curieuse de transposition irrégulière des organes chez un enfant, etc.* (*Bulletins de la Soc. anatom.*, 1834 et 1835).

(4) *Archives de médecine*, 1835, 2e série, t. VIII.

(5) Paris, 1838. Un volume in-8° de 700 pages, *avec 2 planches coloriées* représentant le sous-péricrânien et son mode de formation.

clinique des nouveau-nés, et il fait remarquer, à cette occasion, que souvent les difficultés de l'observation, chez l'enfant naissant, doivent être attribuées non pas, comme on le fait tous les jours, à son imperfection morale et physique, mais au peu de soin qu'on apporte à son étude clinique. Valleix insiste surtout sur la distinction de l'examen de l'enfant en deux temps : 1° pendant le calme, et 2° pendant l'agitation; distinction capitale, dont on a reconnu depuis toute l'utilité pratique.

Valleix décrit ensuite des maladies qu'il a observées chez les nouveau-nés (1). Les chapitres consacrés au muguet et à la pneumonie, les principaux du livre, seront longtemps consultés avec fruit; et celui qui traite du céphalématome est encore apprécié comme le travail le plus complet qui existe sur cette affection. Valleix établit que cette tumeur sanguine est presque toujours sous-péricrânienne, et il explique la fréquence de cette variété par l'époque de l'ossification où sont arrivés les os du crâne au moment de l'accouchement. Ces os étant très-vasculaires et privés de leur table externe à la naissance, comme il l'a démontré à la Société anatomique en 1834, il en résulte, suivant lui, que la pression circulaire du col de l'utérus, au moment de l'accouchement, peut déterminer le suintement du sang sous le péricrâne et la formation du céphalématome.

La *Clinique des maladies des nouveau-nés* s'appuie sur cent douze observations, qui sont toutes analysées scrupuleusement, et trente-quatre y sont rapportées en entier. C'est un livre consciencieux qui, par les résultats précis et nombreux qu'il présente, démontre la féconde utilité de la méthode qui a été suivie pour sa rédaction. Mais on ne doit pas perdre de vue, comme Valleix le fit remarquer plus tard, qu'il s'agit uniquement, dans son ouvrage des nouveau-nés, de l'hospice des Enfants trouvés, qui sont dans des conditions exceptionnelles.

Vers l'époque où ce livre parut, à la fin de 1838, Valleix faisait, comme médecin du Bureau central, un service temporaire à la Pitié. Il eut à traiter dans cet hôpital des malades atteints de névralgie intercostale, chez lesquels M. Bassereau, alors interne de ce service, lui signala la sensibilité à la pression de deux points très-limités aux deux extrémités des espaces intercostaux, en arrière et en avant. Avec ces premières notions, qu'il eut soin de rapporter à leur auteur, Valleix entreprit de nouvelles recherches et publia en 1840 un excellent mémoire *sur la névralgie dorsale ou intercostable* (2). Il y montre que, dans cette affection, outre les deux points douloureux à la pression signalés par M. Bassereau, il en existe souvent un troisième intermédiaire ; de plus l'étude anatomique des nerfs intercostaux lui fait reconnaître que ces foyers de douleurs existent précisément là où le nerf intercostal envoie un rameau des parties profondes vers la peau. Il retrouve ensuite ce fait anatomique avec les mêmes conséquences au niveau des autres nerfs de la vie de relation; et ce résultat général devient la source féconde des recherches auxquelles nous devons le *Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs* (3), placé aujourd'hui au premier rang de nos ouvrages modernes, et qui obtint en 1847 le prix Itard à l'Académie de médecine

On sait combien est remarquable la partie clinique de cet ouvrage. La distinction de la douleur en *spontanée* et en *provoquée*, et l'indication précise des points anatomiques où cette dernière est produite par la pression, sont des notions fondamentales en pratique. Valleix en a tiré le plus grand parti pour le diagnostic, et même pour le traitement. Non-seulement il a éclairé l'étude des névralgies déjà connues, mais encore il a décrit des névralgies nouvelles ou à peine entrevues avant lui, les névralgies *occipito-frontale*, *cervico-brachiale*, *lombo-abdominale*, *crurale*, et la névral-

(1) Ces maladies sont : la *pneumonie*, le *muguet*, l'*entérite*, le *céphalématome*, l'*apoplexie méningée*, l'*œdème des nouveau-nés*, les *pustules*, et enfin le *pemphigus*. L'œdème des nouveau-nés était désigné, dans la thèse de Valleix, sous le nom d'*asphyxie lente*, dénomination à laquelle il renonce dans son ouvrage.

(2) *Archives de médecine*, 1840, t. VII, p. 1, 188, 319.

(3) Paris, 1841, in-8 de 720 pages.

gie *multiple*, qu'il fait connaître dans le chapitre consacré à la névralgie en général. Continuant cette série d'études, il publia d'abord deux nouveaux mémoires (1), puis un travail tout nouveau sur la névralgie qu'il appelle *générale*, et qu'il décrit comme *simulant des affections graves des centres nerveux* (2).

Cette dernière espèce de névralgie mérite d'attirer l'attention des praticiens, qui doivent être familiarisés avec les données sémiologiques précises que Valleix leur a indiquées; car ces préceptes peuvent faire éviter dans la pratique des erreurs diagnostiques commises plus souvent qu'on ne pense. C'est surtout l'existence des foyers douloureux superficiels qui siégent au niveau des organes splanchniques, qui donnent lieu à ces erreurs. Valleix a attiré l'attention sur une forme de névralgie lombo-abdominale simulant une maladie de l'utérus (3); mais ce n'est là qu'une particularité très-restreinte de la question, et il serait facile d'indiquer dans d'autres névralgies un grand nombre de simulations pathologiques analogues.

Ces travaux si divers n'étaient que le prélude du grand ouvrage qu'il méditait, et pour lequel il rassemblait depuis plusieurs années de nombreux matériaux. C'est ce qui fait comprendre comment une année seulement après l'apparition de son *Traité des névralgies*, il commençait la publication de son *Guide du médecin praticien*. Ce *résumé général de pathologie interne et de thérapeutique appliquées* parut d'abord en dix volumes, terminés en cinq années (1843-1847), et il eut bientôt les honneurs de deux éditions nouvelles en cinq volumes compactes (en 1851 et 1853).

Le succès de cet ouvrage, succès considérable surtout pour une publication aussi étendue, s'explique facilement, car il répondait réellement aux besoins pratiques de l'époque, ainsi que Valleix l'avait pensé en l'écrivant. Le but de l'auteur était « de mettre en faisceau, sous les yeux du praticien, tout ce qu'il lui importe de savoir ». Pour cela, il a eu recours aux meilleures monographies, et surtout aux meilleures observations, rejetant toute assertion non justifiée par les faits. Cet ouvrage, essentiellement pratique, se distingue des publications analogues qui ont été faites, en ce qu'il renferme l'appréciation critique des opinions, des théories, et de bien des faits publiés, qui se trouvent ainsi réduits à leur juste valeur.

Il faut avoir vu réunis, comme matériaux de ce vaste travail, tous les extraits que Valleix avait fait des publications originales anciennes et modernes et des recueils périodiques, pour se former une idée de la grandeur de l'œuvre et du soin avec lequel elle fut menée à bonne fin.

Presque en même temps, Valleix publiait son beau travail *sur la distinction du typhus fever et de la fièvre typhoïde d'Angleterre* (4); il adressait, en 1843, à l'Académie de médecine, un *Mémoire sur l'œdème de la glotte* (5), qui fut couronné par cette compagnie savante, et il faisait paraître, en 1844, d'importantes *Recherches sur la fréquence du pouls chez les jeunes enfants* (6). Ce mémoire, complétant ce qu'il avait exposé dans sa *Clinique sur les maladies des nouveau-nés*, est, pour les enfants âgés de moins de six ans, ce que le mémoire si intéressant de Leuret et de M. Mitivié, *sur la fréquence du pouls chez les aliénés*, est pour l'adulte et le vieillard.

Le dernier écrit de Valleix est celui qu'il a rédigé pour la Société médicale d'ob-

(1) *Du traitement des névralgies par les vésicatoires volants appliqués sur les principaux points de douleur; — Note sur un cas remarquable de névralgie trifaciale* (*Archives de médecine*, 1842, t. XIII et XV).

(2) *Bulletin génér. de thérap.*, t. XXXIV. Quelques mois avant cette publication, il avait inséré dans l'*Union médicale* (1847) quelques considérations *sur un cas de névralgie occupant presque tous les nerfs du corps* (p. 252).—Voyez aussi l'excellente thèse de M. Leclerc (1852) sur le même sujet, et l'intéressant mémoire de M. J. B. Fonssagrives, qui a paru dans les *Archives* (mars 1856).

(3) *Bulletin général de thérapeutique.*

(4) *Archives de médecine*, 1839, t. VI, p. 129, 265.

(5) *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XI, p. 82 à 192.

(6) *Mémoires de la Société médicale d'observation*. Paris, 1844, t. II.

servation, qui n'a été publié qu'après sa mort. Il a pour titre : *De la coïncidence du rhumatisme articulaire et des maladies du cœur* (1). Ce travail est basé sur 343 observations recueillies, pendant leur internat dans les hôpitaux de Paris, par MM. Barth, Barthez, Cossy, de Castelnau, Fauvel et Noël Gueneau de Mussy. C'est un exemple des résultats que pourrait amener le concours du travail, entrepris dans l'esprit de la méthode préconisée par la Société, pour la recherche des faits scientifiques et la vérification de leur valeur.

Valleix avait été nommé, au concours, médecin du Bureau central en 1836, au minimum de l'âge exigé par les règlements. Mais il ne fut placé définitivement dans les hôpitaux qu'en 1845 : il fut successivement attaché à la Direction des nourrices, à l'Hôtel-Dieu annexe (aujourd'hui hôpital Sainte-Eugénie), à l'hôpital Beaujon et à celui de la Pitié. C'est peu après son arrivée à l'hôpital de la Pitié, en 1852, qu'il ouvrit ses conférences cliniques, et qu'il commença à exercer les élèves à l'interrogatoire des malades et à l'étude si difficile du diagnostic. J'ai été souvent témoin de la patience inaltérable avec laquelle il dirigeait ses disciples dans l'examen des malades, à l'aide d'une méthode simple, mais féconde par ses applications. Il leur en rappelait journellement les particularités, et, s'il y avait lieu, mettait à redresser leur diagnostic erroné un tact et une bonté qui encourageaient chaque année de nouveaux adeptes à se risquer à cet utile exercice pratique (2). Ses leçons cliniques faites à l'amphithéâtre péchaient parfois, peut-être, par un peu de froideur dans l'exposition ; mais cela n'empêchait pas les élèves déjà familiarisés avec ces études d'être ses auditeurs les plus assidus et les plus reconnaissants, parce qu'ils comprenaient tout ce qu'il y avait là d'exactitude pratique et de positivisme rigoureux.

C'est dans ces conférences qu'il exposa, avec le plus de développement, ses recherches cliniques sur le traitement des déviations utérines à l'aide du redresseur intra-utérin (3). Déjà, en 1851, il avait inséré dans le *Bulletin général de thérapeutique* deux articles sur ce sujet (4), lorsque survint la discussion de l'Académie de médecine, qui arrêta d'abord ses travaux investigateurs (5) Cependant, recherchant avant tout la vérité, appuyant ses convictions premières sur des faits qu'il croyait bien observés, il n'abandonna pas complétement à d'autres la tâche de poursuivre ces intéressants travaux et de résoudre complétement le problème.

Par le fait même de ses qualités solides pour l'observation, Valleix était porté vers la critique médicale...

A mon avis, et sans doute aussi dans l'opinion de ses contemporains, personne n'a donné plus d'élévation à la critique.

C'est dans le *Journal hebdomadaire des sciences médicales*, dans le *Bulletin général de thérapeutique*, dans l'*Union médicale*, et surtout dans les *Archives générales de médecine*, dont Valleix fut longtemps un des principaux rédacteurs, que l'on rencontre ses articles de critique. Il en est beaucoup qui sont des modèles à citer. Et parmi eux je rappellerai sa *Revue des recherches modernes sur les maladies du cœur* ; son

(1) *Mémoires de la Société médicale d'observation*. Paris, 1856. t. III, p. 1 à 49.

(2) Exercer les élèves à l'interrogatoire et à l'examen des malades est, sans contredit, pour eux, l'enseignement le plus profitable pour la pratique. Malheureusement les jeunes gens éprouvent à cet égard une hésitation qu'ils devraient s'attacher à vaincre.

(3) *Des déviations utérines*, leçons cliniques faites à l'hôpital de la Pitié par M. Valleix, recueillies et rédigées par T. Gallard, interne, insérées dans l'*Union médicale*, mai, juin et juillet 1852 ; tirage à part, in-8 de 179 pages.

(4) *Modifications apportées au pessaire intra-utérin, et considérations sur la cure radicale des diverses déviations de l'utérus* (*Bulletin gén. de thérap.*, t. XL) ; — *Note sur le redresseur intra-utérin et sur son emploi dans le traitement radical du déplacement de la matrice* (*ibid.*, t. XLI).

(5) Pour cette discussion, à laquelle prirent part MM. Cruveilhier, Velpeau, Depaul, Piorry, Malgaigne, Huguier, Hervez de Chégoin, Paul Dubois, Cazeaux, Gibert, Amussat, Bonnafont, Ricord, Robert, etc., voy. *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1854, t. XIX, p. 352, 357, 628 et suiv.

Analyse des travaux sur les maladies des reins, à propos du *Traité des maladies des reins* de M. Rayer; son *Analyse des divers traités relatifs à la méningite cérébro-spinale*; ses comptes rendus de l'ouvrage de Lallemand *Sur les pertes séminales*, des ouvrages de M. Lélut *Sur la phrénologie*, de Parent-Duchâtelet *Sur la prostitution dans la ville de Paris*, de MM. Trousseau et Belloc *Sur la phthisie laryngée*, de M. Louis *Sur la fièvre typhoïde* (2e édit.), de M. Grisolle *Sur la pneumonie*, etc.

Tous ces travaux de critique ont eu évidemment pour but le perfectionnement de l'observation. On peut même dire que tous les écrits de Valleix sont, directement ou indirectement, autant de plaidoyers, pleins de verve et de conviction, en faveur des principes formulés par M. Louis.

On admet généralement que l'observation doit servir de base à la science : mais quelle observation? C'est là le point sur lequel il serait bon de s'entendre, et qui, malheureusement, est un sujet de divergence parmi les observateurs. On a fait beaucoup de bruit du *non numerandæ, sed perpendendæ observationes* de Morgagni, mais cette proposition ne doit pas s'interpréter de nos jours comme de son temps, ainsi que le démontre parfaitement Valleix.

« M. Lallemand, dit-il, est un des auteurs qui mettent toute la médecine dans les observations. La première épigraphe de ses lettres le prouvent : *Ars medica tota in observationibus*, dit-il, avec Fréd. Hoffmann En cela il sera d'accord avec bien des médecins, et nous nous hâterons de nous joindre à lui. Mais le principe n'est rien, la manière de l'appliquer fait tout. C'est là que les dissensions commencent, et lorsque M. L... ajoute ces mots de Morgagni : *Neque enim numerandæ sunt, sed perpendendæ... observationes*, nous ne sommes plus de son avis. Quoi donc, vous voulez tout devoir aux observations, et vous ne voulez pas les compter? Vous les pesez, dites-vous; mais si l'on vous prouve que cette méthode de compter, dont vous faites si peu de cas, est un des meilleurs moyens de peser les faits, que répondrez-vous? Or, rien n'est plus vrai. Prenons un exemple : Qu'est-ce qu'un signe pathognomonique? C'est celui qui se trouve *toujours* dans une maladie, et *jamais* dans une autre. Qui ne voit déjà que ces mots *toujours* et *jamais*, résultant évidemment d'un calcul réel, quoique fait à notre insu, font toute la valeur de ce signe, et lui donnent un véritable *poids?* Il en est de même pour tous les autres signes, quelque rang qu'ils occupent ; ils ont d'autant plus de valeur qu'on les a *plus souvent* trouvés dans une maladie, et plus rarement dans les autres, ou bien encore qu'ils se sont montrés *plus fréquemment* dans des circonstances particulières. Ce sont là les bases de la pathologie, et jusqu'ici nous ne craignons guère les objections. Mais, qu'on y réfléchisse, l'auteur qui rapportera un nombre très-limité de cas méritera-t-il autant de confiance quand il dira : tel symptôme se trouve *toujours* ou *très-fréquemment*, que celui qui en présentera un nombre décuple, par exemple? Les observations de ce dernier n'auront-elles pas acquis un nouveau poids par cela seul qu'elles seront plus nombreuses? Il est bien entendu que nous supposons les observations prises avec la même rigueur et la même exactitude; aussi prenons-nous pour devise, avec la Société médicale d'observation : *Perpendendæ et numerandæ* (1). »

Lorsque les observations ont été recueillies et rassemblées, leur mise en œuvre par la statistique n'est pas chose indifférente. Certains auteurs, en effet, n'ont pas compris la statistique médicale comme on doit la comprendre, et ils ont publié des travaux qui, loin de démontrer son utilité, semblent au contraire accréditer certaines objections faites à la méthode.

« La méthode numérique compte beaucoup d'adversaires, dit Valleix. Parmi eux, il en est dont la principale objection consiste à dire qu'en médecine, faire de la statistique, c'est rassembler des faits disparates; c'est comparer entre eux des objets qui ne sont pas comparables; c'est remplacer la maladie aux mille formes, aux mille

(1) Valleix, *Journal hebdomadaire*, t. I, p. 290 et 291, *Examen de l'ouvrage de M. Lallemand sur la spermatorrhée.*

degrés, mobile, changeante, variable, *vivante*, par le chiffre à une seule face, inflexible, immuable, invariable, *mort*. Si ces reproches peuvent s'adresser à quelques travaux de statistique médicale, c'est seulement aux ouvrages semblables à celui que nous avons sous les yeux (1).

» Car on ne devrait pas ignorer que les observateurs qui connaissent la véritable méthode numérique, loin de regarder les faits comme des abstractions immuables, les suivent au contraire dans leurs plus légers changements, descendent dans les plus petits détails, considèrent les objets sous toutes les faces, et ne comparent enfin que lorsque la comparaison est évidemment possible. On a peut-être tort de séparer ces mots *analytique* et *numérique* : les deux devraient toujours marcher ensemble; sans l'analyse, pas de résultat numérique possible. Cette alliance de l'analyse et de la statistique est sans doute sous-entendue par les partisans de la véritable méthode numérique ; mais il serait bon que personne ne pût tomber dans l'erreur à ce sujet. Or, c'est ce qui nous paraît être arrivé à M. D... Une masse énorme de faits est présentée dans sa notice, mais l'analyse n'y est point. De sorte qu'après avoir lu tous ces chiffres accumulés, rien de positif ne vous reste dans l'esprit... Cette manière de faire de la statistique médicale pourrait nuire à la véritable méthode numérique, si les bons esprits ne savaient qu'à côté de l'usage, il y a toujours l'abus, et qu'une méthode ne doit être jugée que lorsqu'elle est convenablement appliquée (2). »

Je viens d'essayer de mettre en évidence la valeur des travaux de notre regrettable collègue et de le faire en quelque sorte revivre par ses œuvres dans cette notice. Il me reste à compléter l'esquisse de sa vie scientifique par plusieurs détails que je ne saurais négliger de rappeler.

Durant son internat dans les hôpitaux, il fut membre de la Société anatomique, dont il devint secrétaire, puis vice-président ; et il eut l'occasion de faire à cette Société plusieurs communications importantes, précédemment rappelées.

Plus tard, il concourut à fonder la Société médicale des hôpitaux. Mais, de tous ses titres, ceux de médecin d'hôpital et de membre de la Société d'observation furent toujours considérés par lui comme les plus précieux ; et, à cet égard, il montrait même un puritanisme qui n'était pas approuvé par tous ses amis.

Deux fois Valleix se présenta au concours de l'agrégation, et deux fois il échoua, par des motifs que je n'ai pas à rechercher (3).

Par ses nombreux travaux, sa droiture scientifique, l'aménité de son caractère, Valleix avait acquis un rang éminent comme observateur et comme praticien. Mais à ce dernier titre, sa position s'était surtout agrandie dans ces dernières années. Jusque-là il avait eu, comme beaucoup de nos célébrités scientifiques, une existence accidentée et parfois éprouvée en ce qui touche le plus directement aux besoins matériels de la vie. Il ne se découragea qu'un instant. Il eut alors l'intention d'aller, loin de la France, chercher une position meilleure, et il aurait exécuté ce projet, sans une honorable amitié qui le retint en soutenant son courage. Mais cette situation difficile n'eut aucune influence sur la vie scientifique de notre collègue. Avant, pendant et après, son travail ne fut pas suspendu. Ce travail, en effet, était incessant et favorisé, comme je l'ai dit, par une haute intelligence (4).

Valleix était aussi homme de cœur. Toujours disposé à obliger ses amis, il iden-

(1) *Notice sur la méthode simple antiphlogistique dans le traitement de la syphilis*, par M. D... aîné, chirurgien militaire.

(2) Valleix, *Journal hebdomadaire*, t. I, 1836, p. 213, 214.

(3) Les deux thèses qu'il eut alors à soutenir avaient pour titre : *La fièvre ou affection typhoïde, et l'inflammation de la fin de l'iléon, sont-elles deux maladies différentes?* 1838. — *Des indications et contre-indications en médecine pratique*, 1844.

(4) Indépendamment des travaux cités précédemment et d'autres d'une moindre importance qu'il serait trop long de rappeler, Valleix a publié de nombreux travaux dans les *Archives générales de médecine*, le *Bulletin de thérapeutique*, l'*Union médicale*, etc.

tifiait, en quelque sorte, ses sentiments avec les leurs. Il était inquiet de leurs inquiétudes, triste de leur tristesse, et toujours prêt à tout entreprendre et tout faire pour y remédier, ou pour chercher, du moins, à tempérer l'amertume de leurs chagrins. Sa famille tout entière, et, parmi ses amis, M. Louis en particulier, en ont eu de touchantes preuves.

L'affection profonde et réciproque que se vouaient depuis si longtemps Valleix et M. Louis était connue de tous. Notre malheureux collègue, se trouvant en proie aux angoisses d'une douloureuse agonie, plaignait M. Louis du nouveau chagrin que sa mort allait lui causer; et M. Louis, Valleix ayant succombé, demanda que le corps de son ami reposât à côté de celui de son propre fils. Ces faits en disent plus sur leur mutuelle amitié que les plus longs commentaires.

La mort de Valleix a été un véritable coup de foudre, tant elle fut rapide.

Dans les premiers jours de juillet 1855, notre infortuné confrère avait donné des soins à un enfant qui succomba à une atteinte de croup, et, les jours suivants, il continuait ses visites à une jeune fille atteinte d'une angine couenneuse qu'elle avait contractée en restant assidûment auprès de cet enfant, lorsque le dimanche, 8 juillet, au matin, Valleix ressentit une légère douleur de gorge. Vers le soir, il survint un malaise croissant et des symptômes généraux graves. Malgré deux cautérisations faites d'abord dans les douze premières heures, malgré le dévouement de l'amitié uni à la science pratique la plus expérimentée, rien ne put conjurer les progrès incessants de la maladie. Un œdème dur de la glotte, étendu rapidement à toutes les parties voisines, compliqua bientôt l'angine couenneuse, et, par sa gravité irrémédiable, devint la maladie principale. Le jeudi 12 juillet, quatre jours seulement après le début, Valleix était dans un état désespéré. Il vit arriver la mort avec un calme stoïque, malgré les souffrances cruelles qu'il endurait, et il succomba le soir du même jour, âgé de quarante-huit ans.

Ainsi finit Valleix, à l'intelligence et au cœur d'élite, esclave et victime de ses devoirs, exemple rare d'un dévouement sans bornes à sa famille, à ses amis et à la science médicale (1).

(1) Le croup a fait plus d'une victime parmi les membres du corps médical les plus dignes de l'affection et de l'estime de nos contemporains; le jeune Blache et M. Eug. Gillette, médecin de l'hôpital des Enfants, si justement regretté, ont succombé à cette terrible maladie, contractée par eux au lit d'un malade. *(Note de l'Éditeur.)*

Dr WOILLEZ.

GUIDE

DU

MÉDECIN PRATICIEN

LIVRE PREMIER

FIÈVRES OU PYREXIES, ET MALADIES PESTILENTIELLES.

[Valleix, s'éloignant des tendances organiciennes qui prédominèrent en France pendant quelques années et à une époque peu éloignée du temps présent, déclarait reconnaître l'existence des fièvres. Quant au caractère spécial de ces affections, lesquelles ont été appelées essentielles parce que les symptômes qu'elles présentent ne peuvent pas être rattachés à une lésion d'organe, Valleix le définissait ainsi : « Il est des auteurs qui n'ont voulu voir dans les fièvres qu'une réunion de lésions de fonctions et d'organes, sans lien commun qui les unisse, sans action générale qui les domine; cette opinion ne mérite pas d'être discutée sérieusement. Il suffit de voir que chacune des maladies qui constituent les fièvres a une physionomie propre, une marche particulière, une succession de symptômes différents, et de s'assurer que celles qui ont des lésions caractéristiques sont complétement dissemblables les unes des autres sous ce rapport, pour reconnaître combien de telles idées sont erronées. » Aujourd'hui on a fait un pas de plus; on ne discute plus sur les mérites ou les torts de l'école organopathique. Les progrès immenses réalisés par l'école anatomique et physiologique ont eu pour résultat de satisfaire les naturalistes, et de décourager quelques médecins purs qu'une connaissance imparfaite de l'anatomie et de la physiologie rendait trop hardis et trop prompts à conclure. La philosophie médicale est également tombée dans le discrédit; aujourd'hui on raisonne moins et l'on observe mieux. Or, l'observation désintéressée et sans parti pris nous oblige à reconnaître qu'une classe nombreuse de maladies présente ce caractère commun, de n'avoir pas pour point de départ une lésion matérielle appréciable, et de donner lieu à une réaction générale de l'organisme tout entier, effet dont la cause immédiate nous échappe. Ces phénomènes réactionnels sont constants et se succèdent dans un certain ordre, et c'est là précisément ce qui permet d'établir des *espèces* naturelles parmi les fièvres. Le mot fièvre (*fervere*, brûler) exprime ici le caractère le plus frappant, le plus apparent, le plus prolongé de ces états morbides; c'est une figure empruntée à la sensation tactile; il est inutile de décrire la fièvre en général, c'est là une entreprise difficile et sans utilité, attendu que la pratique seule peut donner une idée

de cet ensemble, qui se compose de sensations subjectives, d'observations objectives, de chaleur perçue par l'observateur, de frissons ressentis par le patient, de courbature, de céphalalgie, d'affaissement général, d'accélération du pouls, etc. — Nous acceptons, sans la discuter, cette expression de *fièvre* que la tradition nous transmet. Nous ne chercherons pas quel est le mécanisme de la fièvre, quelle valeur ont pu avoir les théories qui supposaient en pareil cas un excès d'action du cœur (Galien, Boerhaave), quelle importance ont actuellement les travaux de Claude Bernard sur les nerfs vaso-moteurs, de Marey, sur la tension du sang dans les vaisseaux et le relâchement des capillaires, par rapport à la fréquence et à l'ampleur du pouls, et à l'augmentation de la chaleur à la peau. A plus forte raison négligerons-nous de parler des opinions exprimées par Grimaud, Baillou, Morgagni, Stoll, sur la valeur du pouls dans les fièvres, et par quelques-uns de nos illustres contemporains sur la cause de la fièvre (gastro-entérite de Broussais, angio-cardite et hémite de Bouillaud). Il nous paraît également superflu de chercher quelle peut être l'utilité de la fièvre, et de nous demander s'il existe des fièvres sans fièvre.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Les *fièvres*, *fièvres essentielles* ou *pyrexies*, πυρετοι (par opposition au nom de *phlegmasie*, réservé à l'inflammation localisée dans les organes), sont des maladies aiguës, fébriles, à type continu, intermittent ou rémittent, infectieuses ou contagieuses, régnant à l'état sporadique, endémique ou épidémique, caractérisées essentiellement par l'état fébrile et par la défibrination du sang. Plusieurs espèces de fièvres sont accompagnées de lésions anatomiques; mais, dans aucun cas, ces lésions ne sauraient être considérées comme la cause matérielle et primitive de la maladie.

Les fièvres sont extrêmement communes, et, bien qu'il n'ait pas été fait de statistique complète à cet égard, on peut dire qu'elles forment près de la moitié des cas morbides que les médecins sont appelés à observer.

Les unes sont communes à tous les pays : telles sont la fièvre éphémère, la synoque, les fièvres éruptives, et, selon toutes probabilités, la fièvre typhoïde. D'autres sont particulières à certains pays, hors des limites desquels elles peuvent cependant se propager, comme la fièvre jaune, le typhus fever. Enfin quelques-unes sont absolument limitées à quelques circonscriptions géographiques, où elles trouvent exclusivement les éléments de leur production, comme la fièvre rémittente bilieuse des pays chauds, les fièvres intermittentes, etc.

§ II. — Causes.

La cause première des fièvres semble résider dans une espèce d'intoxication particulière : les fièvres intermittentes, la fièvre jaune, la fièvre rémittente bilieuse des pays chauds, ont pour cause évidente des *effluves végétaux* et *paludéens;* la variole, la rougeole et la scarlatine naissent sous l'influence de *miasmes* ou *virus animaux;* or, tout semble s'accorder à établir que la fièvre typhoïde, le typhus, la peste, etc., reconnaissent aussi pour cause des influences toxiques de ce dernier ordre.

Cependant des circonstances accessoires sont nécessaires pour l'action de ces

causes : tels sont la jeunesse, le défaut d'acclimatation, des prédispositions particulières.

On remarque que plusieurs pyrexies ne récidivent pas, comme si la première atteinte morbide avait établi dans l'organisme une préservation particulière.

§ III. — Caractères généraux.

Les fièvres naissent ordinairement sous l'influence de causes extérieures, qui sévissent simultanément sur l'ensemble d'une population. Si ces causes dérivent du sol et de conditions géographiques particulières, la fièvre sera simplement endémique (fièvre intermittente, fièvre jaune). Si elles peuvent être transportées, soit par l'air, soit par les individus malades, la maladie s'étendra, se généralisera, et prendra le caractère épidémique (fièvres éruptives).

Comme les causes des fièvres ne se développent qu'à certaines époques, et ne prennent que par intervalles une grande puissance d'action, les fièvres elles-mêmes ne sévissent pas d'une manière permanente, et elles revêtent, en général, le caractère de grandes ou de petites épidémies.

Les fièvres ont toutes une période d'incubation, à l'exception de la fièvre éphémère. La fièvre est leur caractère constant, bien qu'il puisse momentanément se cacher ou se *larver* sous l'apparence d'un symptôme d'un autre ordre (névralgie, hémorrhagie, dans les fièvres paludéennes). Les autres symptômes, différents pour chaque espèce, témoignent cependant tous d'une affection générale de l'économie.

Le sang présente une altération constante, qui consiste dans l'abaissement du chiffre de la fibrine.

La marche des fièvres est constamment la même et fatalement déterminée pour chaque espèce. Les périodes se succèdent dans un ordre tel qu'il peut être prévu. Il n'est pas bien certain que la thérapeutique puisse entraver et arrêter leur évolution.

Quelques-unes n'ont pas de lésions anatomiques constantes, d'autres en présentent; mais ces lésions ne sauraient être considérées comme la cause matérielle des accidents.]

§ IV. — Division des fièvres.

On distingue généralement les fièvres en trois ordres : 1° *fièvres continues;* 2° *fièvres éruptives*; 3° *fièvres intermittentes.* Nous suivrons cette division naturelle.

CHAPITRE PREMIER.

FIÈVRES CONTINUES.

Elles se distinguent des fièvres intermittentes par la continuité de la fièvre, et des fièvres éruptives par l'absence d'éruption importante à la surface du corps.

Nous décrirons les espèces suivantes : la *fièvre éphémère*, la *synoque*, la *fièvre*

typhoïde, le *typhus nosocomial* et le *typhus fever*, la *fièvre puerpérale*, la *fièvre jaune*, la *peste* et la *grippe*.

Considérations générales.

[A une époque récente, des praticiens éminents comme Chomel (1824) pouvaient mettre en doute l'existence de ces fièvres légères d'une durée courte et mal limitée qu'on appelle *éphémères*, *synoques*, et déclarer qu'il n'y avait qu'une seule fièvre essentielle continue, la *fièvre typhoïde*. Le fait est que les prétendues fièvres continues très-bénignes ne sont souvent que des maladies mal interprétées. L'erreur de diagnostic est fréquente en pareille matière, et tel trouble fonctionnel qui a pour siége un organe peu accessible, ou se traduit par des signes peu apparents, passe inaperçu et laisse le champ libre au diagnostic erroné qui admet la fièvre continue légère. Les angines, l'herpès, les éruptions furonculeuses, les métrites légères, une pleurésie ou une pleuro-pneumonie à peine esquissée, l'insolation et l'érythème qui vient à la suite, la réaction qui suit l'exposition au froid, celle qui suit un violent exercice des muscles, l'indigestion, et une foule d'autres états morbides qui sont très-matériels et n'ont rien d'essentiel, forment un immense assemblage de faits pathologiques d'une médiocre importance, parmi lesquels peut se recruter la fièvre éphémère et peut-être la synoque. Il est juste, d'ailleurs, de reconnaître qu'au début d'une maladie pyrétique il est difficile souvent de dire si la fièvre est essentielle ou symptomatique. Il faut donc, avant de reconnaître les fièvres éphémères, éliminer les maladies locales, lesquelles peuvent être lentes à se produire ou difficiles à découvrir, surtout chez les femmes et les enfants.

Nous respectons la pensée qui a présidé à la classification et à la nomenclature des fièvres, telles qu'on les trouve dans les précédentes éditions de ce livre, et nous n'introduirons point ici un historique fatigant pour le lecteur ; cependant nous ne pouvons omettre de signaler les opinions qui ont encore cours, ou qui du moins se manifestent encore dans quelques écrits contemporains. Sans remonter à Sauvages ni à Pinel, on trouve quelques auteurs contemporains qui ont multiplié les espèces, ou reconnu des formes variées, dans la fièvre continue. Il y a même eu une tendance à faire de certaines lésions morbides classées parmi les phlegmasies un résultat, un produit des fièvres (fièvre érysipélateuse synoque péripneumonique de Marotte). Dans un livre publié récemment à Montpellier sur la classification des fièvres, l'auteur admet les formes suivantes : fièvre éphémère, inflammatoire, bilieuse, catarrhale, muqueuse, ataxo-adynamique, typhoïde, etc. On peut multiplier beaucoup ces prétendues formes. Il est peut-être plus conforme à une saine observation de reconnaître que ces formes sont le résultat de causes complexes empruntées soit au milieu (climat, constitution médicale), soit à l'âge, à la constitution propre du malade, et à une foule de circonstances accidentelles (1).]

(1) Castan, *Traité élémentaire des fièvres*, 1864.

ARTICLE PREMIER.

FIÈVRE ÉPHÉMÈRE (*courbature*).

La fièvre éphémère, ou courbature, a été connue de tous les temps. C'est une affection commune, très-légère, qui n'exige pas de moyens thérapeutiques énergiques, et qui ne demande qu'une très-courte description. J. Davasse (1) a fait de la fièvre éphémère et de la *fièvre synoque* le sujet d'un mémoire intéressant qui nous sera utile pour la description suivante.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *fièvre éphémère* à une maladie caractérisée par un mouvement fébrile survenant brusquement, et disparaissant au bout de vingt-quatre ou de trente-six heures, rarement au bout de trois jours. Dans ce dernier cas, on lui donne le nom de *fièvre éphémère prolongée.*

§ II. — Causes.

Cette affection attaque principalement les *enfants* et les *jeunes gens;* elle se manifeste dans toutes les saisons, mais surtout au printemps.

Les *causes déterminantes* les plus manifestes sont, suivant les observations de J. Davasse, qui confirment sous ce rapport ce que nous apprend l'observation journalière : les *exercices violents et inaccoutumés*, les *écarts de régime*, les vives *émotions*, les *plaisirs immodérés*, les brusques *variations de température*, l'exposition au *mauvais temps*, ou bien au contraire à un *soleil ardent.* Il reste à faire un travail rigoureux pour nous apprendre le degré précis d'influence de ces diverses causes.

§ III. — Symptômes.

Dans quelques cas le *début* est marqué par un léger malaise, un peu de céphalalgie et de lassitude, et quelques horripilations. Plus ordinairement la maladie débute brusquement par ses symptômes caractéristiques, qui sont les suivants :

Il y a un *sentiment de fatigue et de prostration* qui va rapidement croissant. Un brisement plus ou moins marqué se fait sentir dans les lombes et dans les membres. Les mouvements sont douloureux. La pression sur les diverses parties du corps développe une *douleur contusive.*

On observe rarement un *frisson* marqué, mais presque toujours il y a une assez grande *sensibilité au froid.*

Du côté des *voies digestives*, on trouve la *perte de l'appétit*, une *soif* rarement intense. La *langue* est souple, humide, couverte d'un enduit blanchâtre ou jaunâtre. Le *ventre* est indolent, les selles sont naturelles, ou bien il y a une constipation légère.

La *céphalalgie* persiste et est parfois considérable. On note toujours la pesanteur de tête. La *face* reste naturelle, sans hébétude. Les malades sont portés au som-

(1) *Des fièvres éphémères et synoque simple*, thèse. Paris, 1847.

meil. Dans les cas les plus intenses, et surtout chez les enfants, il survient des rêvasseries, et même quelquefois un peu de *délire* la nuit.

La *peau* présente une chaleur assez marquée, mais sans âcreté.

Le *pouls* est fréquent, plein, fort et régulier.

Cet état persiste pendant un temps qui varie de douze à trente-six heures, et dans quelques cas il se prolonge pendant deux ou trois jours. Plus ordinairement après un sommeil profond, les malades se trouvent guéris, *sans convalescence.* Quelquefois néanmoins il reste un léger sentiment de fatigue.

A la fin de la maladie, on voit survenir fréquemment soit une moiteur marquée, soit une *sueur* assez abondante ; quelquefois c'est une épistaxis ; et ordinairement on voit apparaître au pourtour des lèvres un *herpès* remarqué par le vulgaire, qui dit que la *fièvre sort.* Cet herpès peut se montrer également au pourtour de la vulve, de l'anus et du prépuce. On a regardé ces symptômes comme des *crises.* Cette opinion peut se soutenir quant aux deux premiers ; mais relativement à l'herpès, on ne peut guère voir dans son apparition qu'une conséquence pure et simple de la maladie.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la description précédente, nous avons indiqué la *marche* et la *durée* de la maladie ; quant à la *terminaison*, elle est constamment heureuse. Cette affection peut se montrer très-fréquemment chez le même individu.

§ V. — Traitement.

Le traitement est des plus simples : quelques *boissons acidules ;* un léger *laxatif*, s'il y a de la *constipation ;* tenir les malades au lit, dans un lieu tranquille et à une *température douce ;* faire observer la *diète :* tels sont les seuls moyens thérapeutiques à mettre en usage. Dans les cas un peu intenses, on peut donner quelques *calmants* ou quelques *antispasmodiques.*

ARTICLE II.

FIÈVRE SIMPLE CONTINUE (*synoque*).

L'étude de cette fièvre a été un peu négligée dans ces vingt dernières années ; toutefois il ne faut pas croire, comme le pense J. Davasse, que c'est parce que son existence était méconnue de tout le monde. La cause en est uniquement dans la bénignité très-grande de la maladie, qui a fait que ceux mêmes qui avaient fixé leur attention sur elle se bornaient à la signaler comme ne devant pas être confondue avec la fièvre typhoïde ; mais il est très-vrai qu'un assez grand nombre de médecins prenaient la fièvre simple continue pour une fièvre typhoïde légère, ce qui avait un très-grand inconvénient pour la thérapeutique, car les cas de ce genre, se glissant dans les statistiques, en faussaient nécessairement les résultats. Sous ce rapport, J. Davasse a rendu un vrai service à la science en insistant sur ces faits trop superficiellement observés, et en traçant une bonne description de la maladie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La fièvre simple continue est une affection qui ne présente aucune lésion locale appréciable, et est uniquement caractérisée par les symptômes qui constituent l'état fébrile.

On l'a décrite sous un grand nombre de dénominations, qui pour la plupart, ainsi que nous venons de le voir, ne se rapportent pas à un état morbide bien déterminé. Les principales de ces dénominations sont les suivantes : *synoque* (*sinochus*) *non putride*, *synoque simple*, *synocha*, *fièvre aiguë simple*, *fièvre hebdomadaire*, *fièvre inflammatoire simple*, *continue*, *dépuratoire*, *continente*, *fièvre angioténique*, *fièvre gastrique*, *gastro-céphalique*, etc. La dénomination de *fièvre simple continue*, qu'employait Boerhaave, me paraît la plus convenable.

Cette affection n'est pas rare : on en trouve des exemples plus fréquents dans la pratique ordinaire que dans les hôpitaux; non que les classes qui remplissent les hôpitaux en soient exemptes, mais parce que l'affection étant très-légère, elle n'oblige pas à entrer à l'hôpital.

§ II. — Causes.

Les causes sont à peu près les mêmes que celles de la fièvre éphémère. Ainsi on observe le plus souvent cette maladie chez les *enfants* et les *jeunes adultes* d'une *bonne constitution*, quoiqu'on n'en soit pas complétement exempt dans d'autres conditions. Elle se montre principalement au *printemps*, mais elle n'est pas très-rare en été et en automne. On la voit apparaître après les *grandes fatigues*, les *excès*, la *suppression d'un flux habituel*, un *brusque refroidissement;* parfois elle survient sans cause appréciable

On a décrit une fièvre simple *épidémique*. Il n'est pas bien certain qu'elle puisse avoir ce caractère. J. Davasse a cité à ce sujet une relation de Stork qui n'est pas tout à fait convaincante.

L'étiologie de la fièvre simple continue, comme celle de la fièvre éphémère, a grand besoin de recherches plus précises que celles qu'on a faites jusqu'à présent.

§ III. — Symptômes.

Les symptômes de cette maladie, fort bien décrits par J. Davasse, ressemblent beaucoup à ceux d'une fièvre éphémère; ils ont seulement un peu plus d'intensité et plus de persistance, et en outre il en survient quelques-uns qui ne se trouvent pas dans la fièvre éphémère, et qui méritent d'être mentionnés.

Dans le plus grand nombre des cas, la fièvre continue simple, comme la fièvre éphémère, *débute sans prodromes :* elle surprend les sujets dans le meilleur état de santé; quelquefois néanmoins les symptômes caractéristiques de la maladie sont précédés d'un état de malaise vague, de lassitude et d'anorexie. Cet état incertain est de courte durée.

Le *début* le plus fréquent de cette affection est rarement marqué par un *frisson* prononcé; plus souvent il y a simplement quelques légers frissonnements erratiques, une certaine sensibilité au froid; mais plus souvent encore la maladie com-

mence par la céphalalgie, l'abattement et la chaleur. Quand la maladie est confirmée, on observe les symptômes suivants.

Symptômes de la maladie confirmée. — La *céphalalgie* en est un des principaux : les malades s'en plaignent beaucoup, et elle va croissant les deux ou trois premiers jours. Elle occupe toute la tête, mais principalement la partie antérieure. La *prostration* est notable, mais beaucoup moins que dans la fièvre typhoïde. On observe le *brisement des membres* et des lombes, comme dans la fièvre éphémère. Il n'y a *pas d'hébétude*, ni de lenteur marquée dans les mouvements. Lorsqu'on interroge les malades, ils répondent promptement et avec justesse : leur *intelligence* est nette ; seulement ils sont *portés au sommeil* pendant la journée, tandis que la nuit il y a parfois un peu d'*agitation* avec *quelques rêvasseries*, mais rarement de l'insomnie, et plus rarement encore un léger délire.

Du côté des *voies digestives*, on observe une anorexie complète ; la bouche est pâteuse, souvent amère ; la soif un peu augmentée ; la langue est souple, humide, couverte d'un enduit blanc jaunâtre, parfois un peu rouge à la pointe. Des *vomissements* alimentaires d'abord, puis bilieux, ont lieu dans quelques cas au début ; un peu plus souvent on les voit survenir au bout de deux ou trois jours. Le *ventre* est presque toujours à l'état normal ; quelquefois on trouve un peu de gargouillement sous la pression dans l'une ou l'autre fosse iliaque, sans douleur. Il existe généralement une *constipation* peu opiniâtre ; parfois les malades rendent des selles rares et décolorées ; plus rarement il y a quelques selles liquides. Les douleurs épigastriques et le météorisme, qu'on a quelquefois observés, sont des symptômes qui se montrent avec une faible intensité.

Les *urines* sont rouges et foncées ; vers la fin de la maladie, on y trouve ordinairement un énéorème qui tend à gagner le fond du vase.

La *chaleur de la peau* devient de plus en plus élevée ; elle est ordinairement halitueuse, parfois sèche, mais sans âcreté. Assez fréquemment on voit apparaître sur la peau, des *taches* qui méritent une mention particulière ; Forget les avait remarquées, et J. Davasse a insisté sur leur description.

Ce sont des *taches bleuâtres*, ardoisées, peu foncées, en général arrondies, sans saillie, d'un demi-centimètre à un centimètre de diamètre ; se touchant rarement ; ne disparaissant pas par la pression ; occupant principalement le ventre et la partie supérieure des cuisses, et durant un septénaire environ.

Ces *taches bleues* appartiennent-elles uniquement à la fièvre simple continue ? C'est ce que j'examinerai plus loin (1).

La *face* offre parfois une légère coloration jaunâtre, un aspect bilieux.

Enfin le pouls est plein, fort, vibrant, mais sans dureté et très-régulier ; il s'élève jusqu'à 90, 100 et 110 pulsations.

Telle est la description de la fièvre simple continue. Nous l'avons empruntée en grande partie à J. Davasse, qui a le mieux étudié la maladie ; mais nous ne dissimulons pas que des recherches plus étendues et une bonne statistique lui donneraient une précision beaucoup plus grande.

(1) Voy. article *Fièvre typhoïde*, diagnostic.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche de la maladie est aiguë et continue; mais il est ordinaire de voir vers le soir une exacerbation de tous les symptômes.

La *durée* la plus ordinaire est de sept à huit jours; cependant la guérison peut survenir dès le quatrième jour. La *terminaison* est constamment heureuse. *Il n'y a pas de convalescence.* La guérison se déclare après une nuit passée dans un bon sommeil. Fréquemment elle est précédée d'une sueur plus ou moins abondante : parfois ce sont des vomissements spontanés ou des évacuations alvines. Dans quelques cas, les malades sont pris d'une épistaxis, ou d'un flux utérin ou hémorrhoïdal. L'*herpes labialis* se remarque encore à la suite de cette maladie, mais moins fréquemment qu'à la suite de la fièvre éphémère. Dans quelques cas, on observe des éruptions érythémateuses peu importantes. Faut-il voir, avec J. Davasse, des *crises* dans tous ces phénomènes? Relativement aux éruptions, nous ne le pensons pas. Quant aux sueurs, aux évacuations, aux flux sanguins, cette manière de voir est plus admissible; mais il serait utile qu'on fît de nouvelles recherches dans ce sens.

Un des caractères les plus importants à noter, c'est que la fièvre simple continue peut se *produire plusieurs fois* chez le même sujet. J. Davasse a cité plusieurs exemples de cette reproduction plus ou moins répétée. Nous verrons, lorsqu'il s'agira du *diagnostic de la fièvre typhoïde*, combien ce fait a d'importance.

Fièvre à rechute (*relapsing fever*). — En Angleterre et en Écosse, on a décrit récemment, sous le nom de *fièvre à rechute* (*relapsing fever*), une affection que nous avons bien rarement occasion d'observer en France, et qui ne nous paraît être qu'une variété de la fièvre continue simple. En voici la description sommaire, telle que l'a tracée Jenner (1).

Frissons soudains, céphalalgie, peau chaude et sèche, langue blanche, urine fortement colorée, selles régulières, vomissements rares ou fréquents, perte de l'appétit, aucun phénomène anormal du côté du ventre.

Quand la maladie est plus violente, jaunisse, sueurs profuses vers le septième jour, suivies d'une apparente guérison ; puis, au bout de cinq à huit jours, rechute, retour des premiers symptômes avec une intensité moindre ou plus grande ; nouvelle terminaison par les sueurs, et alors convalescence définitive.

Il y a vingt ans, à l'hôpital Sainte-Marguerite, nous avons vu un cas dans lequel les choses se sont passées de cette manière; seulement il n'y avait pas de jaunisse; mais nous croyons que, par ce mot, il faut entendre l'état bilieux que l'on observe parfois dans la fièvre continue simple, à laquelle cette variété me paraît devoir être rattachée.

§ V. — Lésions anatomiques.

Aucune lésion particulière ne peut être attribuée à la fièvre simple continue; l'existence de l'*angiocardite*, qu'on a invoquée pour localiser la maladie, est une pure hypothèse, uniquement fondée sur des idées théoriques.

(1) *On the identity or non identity of typhoïd Fever*, etc. London, 1850. — Traduction de l'anglais par L. Verhaeghe. Bruxelles, 1852.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

La confusion de la fièvre simple continue avec la fièvre typhoïde n'est pas la seule qui soit à craindre au début de la maladie ; on sait en effet qu'on peut croire aussi à l'invasion d'une phlegmasie quelconque ou d'une fièvre éruptive ; mais c'est la seule qui ait des conséquences fâcheuses, si après quelques jours on persiste dans l'erreur où une certaine similitude de symptômes a pu vous faire tomber. On le comprendra sans peine, quand on saura que, d'une part, on peut appliquer à la fièvre simple continue un traitement beaucoup plus énergique que cette affection ne le réclame, et que de l'autre, en voyant céder promptement une affection qu'on a prise pour la fièvre typhoïde, on peut attribuer à certains médicaments une efficacité qu'ils n'ont pas réellement. Ce diagnostic est donc très-important ; mais nous proposant de le présenter avec détail dans l'histoire de la *fièvre typhoïde* (1), nous ne l'aborderons pas ici.

VII. — Traitement.

Le traitement de la fièvre simple continue est tout aussi simple que celui de la fièvre éphémère. Si la céphalalgie était très-intense, la chaleur très-élevée, le pouls très-fort, on pourrait pratiquer une *saignée générale*, ou appliquer quelques sangsues au siége, ou derrière les oreilles ; mais le plus souvent le repos, une boisson tempérante, de légers laxatifs et la diète suffisent.

ARTICLE III.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

Tout le monde conviendra que, quelle que pût être la sagacité de nos devanciers, ils manquaient de trop d'éléments pour nous donner une bonne pathologie de la fièvre typhoïde. Ils nous avaient laissé, il faut en convenir, autant à faire que s'ils n'avaient rien fait, plus peut-être, car il est plus difficile de déraciner des erreurs que de faire adopter des vérités. C'est aux travaux de Louis (2) que nous devons d'être enfin sortis du vague et de l'incertitude dans lesquels nous étions restés ; ce sont ces travaux qui ont fait faire un pas à la pathologie. Que l'on compare, pour s'en assurer, les opinions que l'on professait sur les fièvres avant l'apparition de ses recherches, avec celles que tout le monde professe aujourd'hui, et l'on sera forcé de reconnaître ce progrès.

Dans l'antiquité, les notions sont tellement vagues et incertaines, qu'on ne sait si les fièvres continues décrites par les premiers médecins diffèrent ou ne diffèrent pas des nôtres. Depuis le XIII[e] siècle jusqu'à nous, et principalement vers la fin du dernier siècle, description de la maladie, plus ou moins exacte dans ses formes graves ; relations d'épidémies dans lesquelles le diagnostic n'est pas toujours certain ;

(1) Voy. article III, page suivante.

(2) *Rech. anat. path. et thérap. sur la maladie connue sous les noms de gastro-entérite, etc.*, 1[re] édit., Paris, 1831; 2[e] édit., Paris, 1841.

presque toujours la croyance que chaque nouvelle épidémie est due à une maladie nouvelle ; division de l'affection en plusieurs affections particulières ; de loin en loin, indications de lésions qu'on rapportait à des cas particuliers, et qui étaient fort mal décrites (Fracastor, Willis, Lecat). Plus tard, des études plus précises furent faites, et il faut citer en première ligne celles de Prost (1), auxquelles il a néanmoins manqué la méthode et la précision ; études qui ont laissé les médecins dans un tel vague que, quelques années après, Petit et Serres (2) crurent avoir trouvé une maladie toute nouvelle et différente des fièvres, parce qu'ils avaient rencontré dans l'intestin les ulcères signalés par Prost.

Bretonneau (3) compara le gonflement des glandes de Peyer et les ulcères qui lui succèdent à l'éruption de la *variole ;* mais cette comparaison, très-hasardée, ne le conduisit pas à reconnaître le rapport précis des lésions et des symptômes dans les fièvres. La question n'avança pas.

Si la fièvre typhoïde se produit dans le cours d'une phlegmasie, c'est un cas tellement exceptionnel, qu'on aurait peine à en trouver un seul exemple ; et il est évident que l'on regardait comme des phénomènes caractéristiques les symptômes communs de la fièvre typhoïde et des phlegmasies, symptômes exprimant la plus ou moins grande violence du mouvement fébrile.

Louis, en disant comme résultat général de ses recherches : « *Les fièvres continues, quelle que soit leur forme, constituent toute une seule et unique affection* (4) *qu'on distingue sous le nom d'*affection *ou de* fièvre typhoïde, » a définitivement résolu cette grande question. Quant aux preuves qu'il a apportées en faveur de sa proposition, elles abondent dans son ouvrage.

Chomel (5) a ensuite exposé les résultats obtenus par Louis ; puis ont paru de nombreux travaux qui ont jeté quelque lumière sur certains points de l'histoire de la fièvre typhoïde. Nous citerons ceux d'Andral, Bouillaud, Forget, Taupin, Barthez, Rilliet, [Fritz et Chedevergne], pour les fièvres typhoïdes des enfants, etc.

Il suffira de résumer les travaux d'observateurs récents.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La fièvre typhoïde est une affection fébrile aiguë qui se développe soit spontanément, soit par contagion, qui a une marche particulière, qui n'attaque pas souvent la vieillesse, qui ne se manifeste presque jamais qu'une seule fois dans la vie, et qui a pour caractère anatomique essentiel une altération particulière des glandes de Peyer.

Les dénominations sous lesquelles on l'a décrite plus ou moins approximativement sont extrêmement nombreuses : les principales sont : *Causus, phrenitis ;*

(1) *Médecine éclairée par l'observation et l'ouverture des corps*. Paris, 1804.

(2) *Traité de la fièvre entéro-mésentérique*. Paris, 1813.

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition. Paris, 1865, t. I, § XIV.

(4) On a vu, dans les deux articles précédents, qu'il faut, et Louis le reconnaît lui-même dans son ouvrage, faire une exception en faveur de la fièvre éphémère et de la fièvre simple continue ; mais je n'ai pas cru devoir changer pour cela cette proposition générale qui résume si bien la discussion.

(5) Voy. Genest, *Leçons sur la fièvre typhoïde* par M. Chomel. Paris, 1834.

febris ardens, continua, nervosa, mesenterica, petechialis; typhus; fièvre putride, ataxique, adynamique, nerveuse, angioténique, méningo-gastrique, adéno-méningée; fièvre entéro-mésentérique, dothiénentérie, entérite folliculeuse, entéro-mésentérite typhoïde; fièvre des camps, des prisons, etc.

La grande fréquence de la fièvre typhoïde ne fait aucun doute pour personne, aujourd'hui que les cas les plus légers sont facilement reconnus.

Dans un travail fort intéressant sur l'étiologie de cette maladie, Marc d'Espine (1) a fait voir combien cette fréquence peut varier d'une année à l'autre. Il a trouvé que, dans le canton de Genève, il y a eu des années où le nombre des décès causés par cette maladie a été seulement de 20 pour 1000, tandis que dans sept autres années il a été beaucoup plus élevé et jusqu'à 64 pour 1000.

§ II. — Causes.

Les causes de la fièvre typhoïde sont difficiles à étudier; aussi n'avons-nous encore, sur plusieurs points de son étiologie, que des données incertaines; mais, sur d'autres, nous avons des recherches précises dont nous donnerons le résultat.

1° Causes prédisposantes.

Age. — Au-dessous de l'âge de deux ans, la fièvre typhoïde paraît fort rare; cependant, depuis que les médecins s'occupent des maladies des enfants et en étudient les symptômes avec beaucoup de soin, on a signalé un certain nombre d'exemples de cette maladie dans les premiers mois de la naissance. Manzini (2) et Charcellay (3) ont cité deux cas de fièvre typhoïde *congénitale*. Rilliet, Marc d'Espine, Bricheteau, Abercrombie, ont vu la fièvre typhoïde se manifester chez des enfants de sept à vingt-deux mois. Nous avons observé cette maladie chez un enfant de trois mois et demi, qui a guéri, et chez un autre de vingt-trois mois, qui a succombé. Ce qui fait peut-être que l'on n'a pas signalé un plus grand nombre de ces cas, c'est que l'observation est très-difficile chez les enfants âgés de moins de deux ans, et que les cas de la fièvre typhoïde de faible intensité sont en particulier très-obscurs. On a trouvé que la fréquence de cette maladie doit, selon toutes les probabilités, être beaucoup moins grande dans les deux premières années de l'existence que dans celles qui suivent; cette fréquence va, en effet, en augmentant sensiblement. Ainsi, de deux à cinq ans, elle est encore peu considérable; de cinq à huit ans, elle s'accroît notablement; elle augmente encore beaucoup de huit à quatorze ans; et enfin, d'après les relevés de Louis, Chomel, Lombard et Fauconnet, c'est de dix-huit à trente ans qu'on est le plus exposé à être atteint de la fièvre typhoïde. Il est une autre circonstance, relative à l'âge, qui ne mérite pas moins d'être signalée : c'est que, après l'âge de cinquante ans,

(1) *Notice étiologique sur l'affection typhoïde* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XIX, p. 129, 423).

(2) *Académie de médecine.*

(3) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1840, t. IX, p. 65.

la maladie devient tellement rare, que les exemples qu'on en a cités peuvent être regardés comme de véritables exceptions, d'autant plus que, même parmi ces exemples, il en est quelques-uns qui sont contestables. Il résulte même des recherches faites dans les épidémies, que la fièvre typhoïde, qui acquiert alors une plus grande violence, et qui pourrait bien, sans que la règle fût changée, se montrer, en pareil cas, hors des limites d'âge que nous venons de lui assigner, respecte néanmoins les vieillards, sauf quelques rares exceptions (1).

Sexe. — L'influence du sexe est moins bien déterminée. Louis ne se prononce pas à ce sujet; Barthez et Rilliet, Taupin, Barrier (de Lyon), ont trouvé, parmi les individus atteints, un plus grand nombre de garçons que de filles.

Les faits cités par M. Marc d'Espine (2) sont les plus concluants, et tendent à prouver que les hommes sont plus prédisposés à la fièvre typhoïde que les femmes.

Constitution, tempérament. — La mortalité étant la même, proportion gardée, chez les sujets forts et chez les sujets faibles, Louis en conclut que la constitution n'a qu'une influence au moins très-limitée. Quant au tempérament, nous n'avons aucune donnée satisfaisante à cet égard.

Rien ne prouve que les *chagrins*, l'*excès de travail* ou les *excès de boisson* aient une action marquée sur l'apparition de cette maladie. Le nombre des sujets qui se trouvent dans ces conditions étant, en effet, dans une proportion minime. Il en est de même de la *mauvaise nourriture*, de l'*usage d'aliments gâtés* ou de *boissons corrompues*, qui, d'après quelques observations (Letenneur, cité par Louis) et certaines expériences (Gaspard), seraient, au contraire, des causes très-puissantes. Les premières ne sont que de simples coïncidences, et les secondes n'ont produit que des états morbides qui sont bien loin d'être identiques avec la fièvre typhoïde. La même remarque s'applique à la *défibrination du sang*, produite par Magendie dans ses expériences.

Changement d'habitudes, séjour à Paris. — Presque tous les cas observés dans les hôpitaux de Paris se montrent chez des sujets qui habitent cette ville depuis peu de temps (de quelques mois à un an); et, moins le séjour des sujets à Paris avait été long, plus la mortalité chez eux était grande. Maintenant on peut admettre que le changement de nourriture, un logement dans des conditions nouvelles, des travaux plus pénibles, et aussi les regrets et les ennuis, sont les auxiliaires principaux de cette grande cause; mais, ainsi que nous l'avons vu plus haut, la démonstration n'est ni facile ni établie, et nous ne pouvons encore nous prononcer sur ce point. Ne pourrait-on pas penser que la contagion est pour quelque chose dans cette fréquence de la maladie qui nous occupe, chez des sujets qui vivent pour ainsi dire pêle-mêle?

Saisons. — Les faits recueillis, au point de vue de l'influence des saisons, ne sont pas assez nombreux pour qu'on ait pu arriver à un résultat définitif. Suivant Lombard et Fauconnet, la plus grande fréquence de la fièvre typhoïde a lieu en automne. D'après Chomel, cette maladie serait plus fréquente dans les mois où

(1) Voy. Putégnat, *Mém. sur la dothiénentérie* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, t. II, p. 853; *Gaz. médicale*, novembre 1838, p. 710).

(2) *Loc. cit.*

règnent les froids que dans les mois chauds; tandis que Forget a, d'après les faits qu'il a observés, classé ainsi les saisons, sous le rapport de la fréquence de la maladie : automne, été, printemps et hiver (1). Il n'y a encore là rien de définitif. Dans ces dernières années, le nombre des fièvres typhoïdes, pendant les grandes chaleurs de l'été, a été si considérable, qu'on a pu admettre l'existence de petites épidémies. Pour résoudre cette question de l'influence des saisons, il faut nécessairement multiplier les recherches, et examiner les faits sous tous les points de vue, principalement sous celui de la mortalité.

Rien ne démontre, comme le prouvent les observations de Louis, que certaines *professions* exposent plus que d'autres les sujets qui les exercent à contracter la fièvre typhoïde.

On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de l'*influence de la vaccine* sur la production de la fièvre typhoïde. Des statistiques établies sur des faits mal appréciés ont fait émettre à ce sujet une opinion plus que hasardée. Les observations que nous recueillons tous les jours prouvent qu'elle n'a rien de fondé. Dans la dernière épidémie, nous avons vu, d'une part, la fièvre typhoïde sévir chez les sujets non vaccinés, et, de l'autre, des convalescents de la fièvre typhoïde atteints de la variole. Sur 35 malades atteints de fièvre typhoïde, et entrés dans notre service dans les premiers jours de novembre (1853), quatre portaient des traces profondes de petite vérole, un n'avait pas été vacciné, un l'avait été sans succès, deux présentaient des cicatrices douteuses. Des quatre malades qui avaient eu la petite vérole, deux ont succombé. De son côté, Barth (2), qui a fixé son attention sur ce sujet, a vu, dans un très-court espace de temps, quatre personnes n'ayant pas été vaccinées et portant des traces évidentes de variole, être prises de fièvre typhoïde qui, légère dans deux cas, fut très-grave dans les deux autres. Un malade succomba. En même temps qu'il signale ces observations, l'auteur cite quatre cas plus ou moins graves de variole, survenant dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Quoique ces faits soient peu nombreux, ils ont déjà leur signification.

Antagonisme. — Suivant Boudin, les sujets soumis à l'*influence des marais* résistent à l'action des causes de la fièvre typhoïde (3). Cet auteur a accumulé, avec beaucoup d'art, un très-grand nombre de faits en faveur de cette opinion, qui n'a pas encore trouvé beaucoup de crédit.

2° Causes occasionnelles.

Les causes occasionnelles, à l'exception de la contagion, sont beaucoup moins connues que les précédentes, ou, pour mieux dire, lorsqu'on a avancé que l'insolation, le froid, l'humidité, l'alimentation insuffisante, les purgatifs, les commotions physiques, etc., peuvent produire la fièvre typhoïde, on a avancé des propositions que ne confirme pas l'étude des faits.

(1) *Traité de l'entérite folliculeuse*. Paris, 1841, p. 409.

(2) *Gaz. hebd. de méd. et de chirurgie*, 7 octobre 1853.

(3) Comparez *Étude de géographie médicale* (*Ann. d'hygiène et de méd. légale*. Paris, 1845, t. XXXIII, p. 58 ; t. XXXVI, p. 5, 304 ; t. XXXVIII, p. 237 ; *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. VIII, p. 931 ; t. IX, p. 168 ; t. X, p. 1641 ; t. XI, p. 257). — *Traité de géographie et de statistique médicales*. Paris, 1857, t. II.

Contagion. — Quand on n'avait égard qu'aux faits observés à Paris, on ne croyait pas à la contagion de la fièvre typhoïde; mais les observations faites dans les petites localités ont dû modifier profondément cette opinion. Nous citerons celles que la science doit à Bretonneau (1), Leuret, Gendron (2), Putégnat, et de plus celles de Letanelet, Lombard, Fauconnet, Mayer (3), Patry, Jaquez, Ragaine (4), Ponc (5), Thirial, etc. Il résulte, en effet, de ces observations, que la fièvre typhoïde a été maintes fois transmise par un malade à un individu sain. Nous ne discuterons pas si la transmission a lieu par contact ou par infection; ce dernier mode de transmission ne paraît douteux à personne; tandis que la transmission par le contact ne paraît guère probable, au moins dans la fièvre typhoïde sporadique, lorsqu'on voit ce qui se passe dans les hôpitaux de Paris, où les malades ne sont nullement isolés.

Si, après les faits que nous venons de citer, il pouvait rester encore quelques doutes sur la transmission de la fièvre typhoïde par contagion, ils seraient promptement dissipés par les résultats intéressants des recherches du docteur Piedvache, de Dinan (6). Ce médecin, qui a pu suivre pendant quatre ans la fièvre typhoïde à l'état épidémique dans la petite ville de Dinan, a accumulé les faits, et est arrivé à ces conclusions, que la contagion est évidente, qu'elle accroît considérablement le nombre des malades, et que la circonstance la plus favorable à la transmission est la concentration de l'air et des miasmes qu'il contient.

[La fièvre typhoïde est certainement contagieuse. Le nombre de ceux, dit Trousseau (7), qui se refusent à admettre la contagion diminue de jour en jour. Ce n'est pas à Paris que ce genre d'observation a pu être fait avec le plus de profit. En effet, la fièvre typhoïde est en permanence, elle est endémique à Paris, et l'on y peut toujours rapporter à l'endémie ou à l'infection les cas nombreux de cette maladie qui y sont constamment observés. Dans de petites localités où ne sévit pas habituellement cette maladie et où elle fait son apparition pour la première fois, il est plus facile de suivre la marche d'une épidémie et de saisir pour ainsi dire sur le vif les faits se rapportant à la contagion. Trousseau (*loc. cit.*) cite un nombre considérable de cas où la maladie a été introduite dans une famille, dans une maison, un village, par un malade venu de loin, et où elle s'est communiquée de proche en proche, où elle a envahi un quartier ou un village tout entier, et voit dans ces exemples la preuve que la fièvre typhoïde (dothiénentérie) est contagieuse. Il ne résulte pas de là que cette maladie ne se développe pas spontanément dans le plus grand nombre des cas.]

Nous ne parlons pas ici des faits observés en Angleterre, parce que, dans leurs

(1) *Archives gén. de méd.*, 1re série, t. XXI, p. 57.

(2) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1834.

(3) *Bull. de la Soc. de méd. de Besançon*, nº 2, 1847.

(4) *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. X, p. 736, 896; t. XII, p. 536. — *Rapport sur les épidémies*, par Trousseau (*Mém. de l'Acad. de médecine*, 1858, t. XXII).

(5) *Rapport sur les épidémies* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1854, t. XVIII, p. XC).

(6) *Rech. sur la contagion de la fièvre typhoïde, et principalement sur les circonstances dans lesquelles elle a lieu* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1850, t. XV, p. 239).

(7) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, § Dothiénentérie. 2e édition, Paris, 1865, t. I, § XIV.

relations, les médecins anglais ont presque tous confondu la fièvre typhoïde et le *typhus fever*, qui sera décrit avec le typhus. C'est dans cet article que nous ferons connaître les travaux qui ont établi la distinction des deux maladies.

La fièvre typhoïde a pris fréquemment et prend encore assez souvent le caractère *épidémique*.

3° Nature de la maladie.

Sous ce titre, nous entendons les lésions primitives, soit des liquides, soit des solides, que l'on a regardées comme la source des autres lésions et de tous les symptômes.

Aujourd'hui un assez grand nombre de médecins sont portés à admettre l'existence d'une *lésion primitive du sang*, dans laquelle la diminution de la fibrine jouerait le plus grand rôle, et serait le principe de la maladie. La défibrination du sang a produit un état morbide autre que la fièvre typhoïde. Quant aux preuves directes, qu'on pourrait demander à l'observation, elles nous font complétement défaut.

On a cru jeter un grand jour sur la question, en comparant la fièvre typhoïde à la variole; mais, outre que c'est là tout simplement reculer la difficulté, puisque nous n'avons que des idées vagues sur la nature de la variole, si la fièvre typhoïde se rapproche de la variole par quelques caractères, elle s'en éloigne par d'autres.

Forget et Bouillaud, regardant la fièvre typhoïde comme une entérite particulière, donnent à l'altération intestinale la même valeur qu'à l'inflammation du poumon dans la pneumonie; mais la faculté contagieuse de cette maladie, qui n'affecte qu'une seule fois le même individu, est un caractère distinctif suffisant pour nous faire admettre autre chose qu'une simple inflammation. Delarroque (1) et Beau regardent comme la cause de tous les accidents une certaine *altération de la bile*, dont ils ne donnent qu'une vague définition. C'est là une hypothèse fondée sur une observation incomplète.

De tout cela il résulte que nous ne connaissons pas encore la cause essentielle organique de la fièvre typhoïde, et que nous devons tenir compte à la fois de la lésion locale et de l'infection générale, qui nous est révélée par la propriété contagieuse de cette affection.

[La fièvre typhoïde, dit Chédevergne (2), est une maladie générale essentiellement caractérisée par une éruption spéciale sur la muqueuse de l'iléon, par une altération importante et grave du sang, et par diverses manifestations de nature congestive vers les principaux organes de l'économie, intestin, cerveau, moelle, poumons, etc.]

§ III. — Tableau de la maladie.

[La fièvre typhoïde sévit principalement sur l'adolescence et l'âge adulte, et, dans les grands centres de population, sur les jeunes gens des deux sexes, arrivés de la campagne depuis quelques mois, et non encore acclimatés. Dans cette descrip-

(1) *Trait. de la fièvre typhoïde*, 1847.

(2) *De la fièvre typhoïde, et de ses manifestations inflammatoires et hémorrhagiques vers les principaux appareils de l'économie*, thèse de la Faculté de médecine, in-8. Paris, 1864.

tion d'ensemble, nous aurons surtout en vue les cas de ce dernier genre, car ce sont ceux qui se présentent le plus souvent à l'observation dans les hôpitaux, et qui sont les *types* les plus accusés de la maladie.

On doit distinguer, avec Chomel, les *prodromes* ou l'*invasion* du mal, et ensuite *trois périodes* dans l'évolution des symptômes.

Les individus récemment arrivés dans les grandes villes payent d'abord, par quelques troubles digestifs, un premier tribut d'acclimatation incomplète ; puis ils se rétablissent, et jouissent d'une bonne santé pendant une période de temps qui dure de quelques mois à quelques années. Alors se manifestent, sinon chez tous, du moins chez un très-grand nombre, les prodromes de la fièvre typhoïde.

Prodromes, invasion. — Un mois et même six semaines avant le début des accidents graves, les forces diminuent ; il y a inaptitude au travail, pesanteur de tête, indifférence aux choses extérieures ; l'appétit est diminué chez les uns, augmenté chez d'autres ; il y a déjà des épistaxis, de la diarrhée, de l'amaigrissement. Souvent on attribue à la paresse ou à l'indolence l'inaptitude au travail physique et intellectuel, qui est déjà un premier symptôme du mal ; ou bien on dit que l'individu *traîne* ou qu'il *couve* une maladie.

Chez d'autres, l'affection éclate bien plus brusquement, et après des prodromes de quelques jours seulement.

Parmi les prodromes prochains, on remarque surtout de l'agitation la nuit, un sommeil entrecoupé, des rêvasseries pénibles, fatigantes, souvent une insomnie réelle ; un peu de chaleur, de la soif, de la diarrhée ; néanmoins les malades peuvent encore se lever et se livrer à quelques travaux.

Première période. — Le début a presque toujours lieu dans le jour. Le malade s'est levé et a voulu se rendre à ses occupations ; mais il n'a pas eu la force de travailler. Il a quelquefois un ou plusieurs frissons, mais ce symptôme est bien plus rare que dans les phlegmasies ; il y a des vertiges, la tête est lourde ou légère et étonnée, comme disent les malades ; une violente céphalalgie sus-orbitaire, quelques épistaxis, des syncopes, se manifestent. La perte des forces est telle, que le patient est obligé de se coucher ; la fièvre est établie et ne quittera plus le malade. La nuit, on remarque du délire. Pendant quelques jours le patient peut encore se lever, mais il est faible et est obligé de se recoucher souvent. — Aucun phénomène caractéristique n'existant dans cette première période, on considère le mal comme une indisposition passagère ; les malades ne réclament aucun soin, parce qu'ils n'éprouvent pas d'autre douleur que la céphalalgie. Néanmoins la persistance de la fièvre fait reconnaître une maladie réelle. Si le malade doit être placé à l'hôpital, on est obligé de l'y porter ; il est rare qu'il puisse s'y rendre à pied, tant les forces sont diminuées, tant la démarche est chancelante. En effet, le malade levé se tient avec peine sur ses jambes, il a des éblouissements, des vertiges, des tintements d'oreilles et une tendance à la syncope ; quelquefois déjà des évacuations involontaires, symptôme grave à cette époque ; la face est pâle, décomposée, l'ovale inférieur de la figure un peu jaune ; les yeux sont rouges, la voix est faible, tremblante ; léger tremblement de la langue et des lèvres. Couché au contraire, le malade paraît avoir plus de forces ; la figure est animée, rouge ; la peau du corps est dans un état de fluxion sanguine manifeste et couverte de sueur.

La fièvre est continue, avec exacerbation le soir ; le pouls, large, plein, résis-

tant, bat de 90 à 120 fois par minute ; intelligence conservée, mais étourdissements quand le malade s'assied sur son lit ; la nuit, délire doux et léger nommé *typhomanie ;* le malade se lève et se promène sans but fixe, mais se laisse sans résistance ramener à son lit. Insomnie, rêvasseries ; parole un peu gênée par le tremblement de la langue ; le malade entend, mais comprend avec lenteur les paroles qu'on lui adresse. Pas de vomissements, en général ; langue molle, humide, blanche ou jaune en dessus, rouge aux bords et à la pointe, quelquefois un peu sèche. Lèvres rouges, sèches, couvertes d'herpès ou d'une desquamation épithéliale. Tympanite abdominale ordinairement légère, existant principalement à la région sous-ombilicale ; pas de douleurs spontanées ; douleur légère à la pression dans la fosse iliaque droite ; gargouillement permanent dans ce point ; diarrhée peu abondante : six à huit évacuations par jour d'une matière bilieuse liquide, jaune ou verdâtre ; toux sèche, bronchite avec peu de sécrétion, accusée surtout par des râles vibrants, sonores, dans toute l'étendue de la poitrine. Urine rouge, épaisse, sédimenteuse. Le sang des saignées locales ou générales présente alors, avec celui des phlegmasies, des analogies d'autant plus marquées qu'on est plus rapproché de l'époque de l'invasion. Le caillot se rétracte et se couvre d'une couenne épaisse ; il est assez résistant pour qu'on puisse le soulever en entier sans le déchirer ; la sérosité est claire, non mélangée de globules.

Deuxième période. — Elle commence du huitième au douzième jour, et se caractérise surtout par l'apparition des *taches rosées lenticulaires*, espèce d'*exanthème* analogue à l'*énanthème*, ou éruption des plaques de Peyer dans l'intestin.

Mais d'autres accidents caractérisent encore cette période. La fluxion sanguine de la peau fait place à une pâleur marquée ; il y a un amaigrissement très-notable et rapide ; la prostration des forces arrive à son summum ; le malade repose dans le décubitus dorsal, qu'il conservera jusqu'à la convalescence ; il tend à descendre vers le pied du lit ; l'indifférence pour les choses extérieures, portée au plus haut degré, constitue la stupeur ou le τυφος, d'où la maladie a pris son nom ; le malade n'entend pas les paroles qu'on lui adresse, ou semble ne pas les percevoir ; dans tous les cas, il ne répond pas, ou bien il prononce des mots que le tremblement de la langue et des lèvres, la fatigue ou le délire rendent inintelligibles. Il paraît être en proie à un état continuel d'ivresse. Bien qu'il soit possible de fixer, pour un moment, l'attention du malade, il perd rapidement la suite de ses idées et retombe dans une aberration constante. Le délire ne le quitte pas, il marmotte tout le jour des paroles incompréhensibles (mussitation). Ce délire, qui est doux, inoffensif et dans lequel le malade ne se livre à aucun acte violent, a reçu le nom de *typhomanie.* Quelquefois la somnolence prédomine, et l'on dit qu'il y a un état de *coma vigil* ou de *coma somnolentum*, suivant que le malade paraît réellement endormi ou qu'il est encore plus ou moins accessible aux impressions venues de l'extérieur. — Absence de douleur ou de perception : phénomène important.

Les désordres du tube digestif se caractérisent par la sécheresse de la bouche, la sécheresse et le tremblement de la langue ; la difficulté de la déglutition des liquides ; l'encroûtement des lèvres, des dents, de la langue par des matières muqueuses desséchées et noirâtres (*fuliginosités*). La tympanite de l'abdomen est plus prononcée et plus généralisée ; quelquefois elle est portée à un haut degré. Les selles diarrhéiques continuent ; quelquefois elles sont involontaires. Dans cer-

tains cas, il y a des hémorrhagies intestinales; mais on les observe aussi bien dans la première période que dans la seconde.

Très-souvent il y a de la rétention d'urine. Le médecin ne doit jamais oublier, lorsque le malade tombe dans l'état de somnolence typhoïde, d'explorer la vessie.

Les narines présentent souvent un état pulvérulent qui témoigne de la diminution de la sensibilité, car cette pulvérulence est constituée par les corpuscules légers et les poussières flottantes dans l'air, et qui s'attachent aux poils de l'orifice des narines. Si le malade ne les enlève pas par le frottement, c'est qu'il n'en sent pas la présence.

La respiration ne paraît pas fort troublée; il y a seulement un peu de toux sans expectoration; néanmoins la poitrine présente partout des râles sonores, sibilants, secs, mêlés de quelques bulles de râle sous-crépitant et muqueux. Souvent ces râles sont entendus à distance; la toux ne les fait pas disparaître. En général, le thorax est sonore, et quelquefois même plus qu'à l'état normal; mais quelquefois il y a une submatité ou une matité véritable à la base des deux poumons et en arrière, et dans les mêmes points la respiration est absente. Ces signes indiquent la stase mécanique du sang dans les parties déclives du poumon, état anatomique improprement nommé *pneumonie hypostatique*.

Pendant cette période, on voit se manifester diverses éruptions : les *taches rosées*, déjà indiquées; des *sudamina*, des *taches ombrées* ou *bleues* (voy. FIÈVRE SIMPLE CONTINUE, ou SYNOQUE), une éruption *varioliforme* au sacrum (Andral, Piorry), et quelquefois des *pétéchies*.

Troisième période. — Celle-ci est plutôt constituée par l'aggravation ou l'amélioration du mal que par des symptômes nouveaux.

Si le malade doit guérir, la fièvre se calme, mais le pouls reste fréquent : la chaleur de la peau disparaît, et quelquefois de douces transpirations se manifestent; la langue redevient humide et perd ses enduits; la diarrhée cesse pour faire place à une constipation quelquefois opiniâtre. Mais les caractères les plus saillants et les plus importants se tirent des modifications des fonctions nerveuses : l'intelligence reprend sa netteté; il semble à quelques malades qu'ils sortent d'un profond sommeil, et ils ne conservent qu'un vague souvenir de ce qui s'est passé pendant leur maladie. Les forces reviennent, et l'on s'en aperçoit surtout au changement du décubitus : les malades ne glissent plus vers le pied du lit et peuvent se coucher sur le côté. Enfin un sommeil doux, paisible et réparateur remplace la stupeur et le coma des périodes précédentes. Les évacuations redeviennent volontaires.

Si la maladie doit avoir une terminaison funeste, tous les phénomènes s'aggravent. La stupeur est plus profonde; le malade est insensible à toutes les excitations; le pouls devient d'une fréquence extrême et s'affaiblit progressivement; les battements du cœur sont irréguliers, tumultueux et faibles; la respiration s'embarrasse; des mucosités accumulées dans les bronches, et que les malades n'ont pas la force d'expulser, donnent lieu à un râle sonore, que l'on entend à distance. La peau se refroidit et se couvre d'une sueur visqueuse; le corps exhale une odeur fétide, que l'on a nommée *odeur de souris*, et qui se mêle à celle des urines et des matières fécales, rendues involontairement. Des eschares se forment au sacrum, au grand trochanter, aux coudes et sur tous les points où les téguments sont sou-

levés par des saillies osseuses. La perte des forces est telle, que, si l'on veut déplacer le malade dans son lit, il faut le retourner comme un corps inerte. L'amaigrissement est extrême. Enfin les yeux se couvrent d'une couche de mucus glaireux; le nez, la langue, l'haleine se refroidissent, et le malade meurt au milieu des symptômes du plus profond épuisement.

Nous indiquerons, seulement en passant, quelques accidents graves qui surviennent dans le cours de la fièvre typhoïde; ce sont : les hémorrhagies intestinales, la pneumonie, la méningite, les perforations intestinales et les eschares. Dans l'étude particulière des symptômes, tous ces faits seront étudiés avec soin.

La convalescence de la fièvre typhoïde est véritablement le type de la convalescence des maladies aiguës. La diminution de la fièvre, le retour des forces, engagent le malade à se lever; mais la marche est titubante, et il survient des vertiges et une très-grande fatigue; il faut se coucher. La peau est fraîche et facilement impressionnée par le froid. Le pouls conserve une grande fréquence et une grande faiblesse; les veines sous-cutanées ne se traduisent à l'extérieur que par des lignes bleuâtres qui ne font pas de saillie. La face est pâle et comme exténuée. L'appétit revient avec une violence remarquable, qui s'est déjà fait sentir avant la convalescence. Si l'on ne surveille pas l'alimentation, il survient des indigestions dangereuses et des perforations intestinales mortelles. Cependant, si le régime est trop sévère, la fièvre reparaît. Tous les aliments légers sont rejetés, et il survient des vomissements incoercibles (Marrotte) qui font périr les malades. Une alimentation un peu substantielle, mais sagement ménagée, prévient ces accidents. La chute des cheveux, la desquamation de l'épiderme, quelques points d'analgésie partielle, sont encore des accidents presque nécessaires de cette convalescence. Souvent, après la guérison, on observe une modification de la constitution et du tempérament : chez les uns, on voit survenir un embonpoint qu'ils n'avaient jamais eu; d'autres restent dans un état prononcé de maigreur, et quelquefois alors on voit éclater une affection tuberculeuse des poumons ou des signes de scrofule. Enfin nous avons observé dans quelques cas, et surtout chez les jeunes gens de douze à seize ans, une véritable *manie*, qui durait de quelques semaines à deux ou trois mois.

Cette esquisse de la maladie serait incomplète, si nous négligions d'ajouter que la fièvre typhoïde ne se montre en général qu'une seule fois; qu'elle fait époque dans la vie de l'individu, à cause des modifications souvent profondes qu'elle apporte à l'organisme, et que presque toujours, à tort ou à raison, on rapporte à des suites de cette affection les autres maladies qui se développent dans le cours de l'existence.

§ IV. — Symptômes en particulier.

Les symptômes de la fièvre typhoïde ont été parfaitement étudiés.

Prodromes. — Les prodromes n'ont lieu que dans un tiers des cas environ. Ils consistent en une expression de tristesse de la face; une moins grande aptitude aux travaux de l'esprit; du malaise, le brisement des membres; une fatigue dont on ne trouve pas la raison dans l'exercice ou les travaux; la perte de l'appétit; des selles liquides; la densité, l'odeur fétide de l'urine; quelquefois des nausées et des vomissements.

Ces symptômes ne se présentent pas tous réunis chez le même sujet ; car, s'il en était ainsi, ils constitueraient déjà, par leur ensemble, un état de maladie notable ; mais on peut se demander si, même lorsqu'il n'en existe que quelques-uns, la lésion intestinale ne s'est pas déjà produite, et si, par conséquent, on a complétement raison de ne voir dans ces symptômes que des prodromes, au lieu d'une invasion lente de la maladie.

Invasion brusque. — Que les symptômes précédents aient existé, ou qu'ils aient complétement manqué, la maladie débute avec une plus ou moins grande violence : ordinairement par des frissons plus ou moins multipliés et alternant avec la chaleur, et à ces frissons se joignent la céphalalgie, une grande lassitude, une faiblesse telle, que les malades sont obligés de se reposer plusieurs fois pour faire une course qu'ils auraient répétée plus ou moins souvent sans fatigue avant leur maladie ; l'altération des traits de la face, des étourdissements, des bourdonnements d'oreille, l'anorexie, la soif, des douleurs de ventre, et, dans le plus grand nombre des cas, des selles liquides qui surviennent dans les premières vingt-quatre heures.

Symptômes de la maladie confirmée. — Si nous examinons d'abord ce qui se passe du côté du tube digestif, nous trouvons dès le début des *douleurs de ventre* chez le plus grand nombre des sujets. Ces douleurs, quelquefois semblables à des coliques, plus souvent vagues et sans caractère précis, occupent ordinairement les fosses iliaques, et principalement la droite ; parfois l'hypogastre et l'épigastre, parfois aussi tout l'abdomen. La pression augmente presque toujours cette douleur, surtout dans la fosse iliaque. Il résulte des recherches de Louis que la prompte apparition et l'intensité de ces douleurs sont en rapport direct avec l'intensité de la maladie elle-même. Ces douleurs ne persistent généralement pas pendant tout le cours de la maladie ; même dans les cas les plus graves, elles peuvent disparaître au bout de trois ou quatre jours, et dans les autres, au bout de vingt-quatre heures. Quelquefois elles se reproduisent après avoir disparu pendant un certain temps. Dans quelques cas, en faible minorité, le ventre reste indolore.

Diarrhée. — Chez plus de la moitié des sujets, la diarrhée se déclare dans les premières vingt-quatre heures ; chez la plupart des autres, elle se montre du deuxième au quatorzième jour de la maladie, mais plutôt à une époque rapprochée du premier terme. Son degré est variable ; le plus souvent il y a de quatre à huit selles par jour ; mais parfois il n'y en a qu'une ou deux, ou au contraire quinze ou vingt.

Les matières rendues sont très-ténues ; au fond on voit quelques parcelles jaunâtres, rarement des matières solides. Chez un petit nombre de sujets, elles sont brunâtres, ont la consistance d'une purée liquide, et sont parfois très-fétides ; dans quelques cas, elles offrent l'aspect du marc de café, et dans un petit nombre on trouve une certaine quantité de sang pur, noir, se présentant sous forme de caillots plus ou moins volumineux, ou restant liquide, ce qui est plus rare. Nous verrons plus loin quelle est la valeur pronostique de cette hémorrhagie intestinale. Il est très-rare de trouver dans les selles une quantité un peu notable de mucus.

Chez un très-petit nombre de sujets, loin d'observer de la diarrhée, on trouve au contraire de la constipation pendant tout le cours de la maladie (3 fois sur 101 cas, Barth).

La diarrhée dure pendant une très-grande partie du cours de la maladie, et dans la convalescence encore les malades y sont assez sujets.

Ces détails sont très-importants à connaître, parce qu'ils ont été recueillis à une époque où l'on n'employait pas les purgatifs comme aujourd'hui. Ces moyens, dont on fait un si fréquent usage, empêchent, en effet, qu'on puisse étudier ce symptôme qu'il faut ranger parmi les principaux.

Dans un paragraphe consacré à l'étude du *rapport des lésions avec les symptômes*, je rechercherai quel est ce rapport pour la diarrhée aussi bien que pour les autres phénomènes morbides.

En palpant largement et fortement l'abdomen, on produit très-souvent un bruit de *gargouillement*, qui a, dans un bon nombre de cas, son siége dans la fosse iliaque droite, mais qui se fait entendre aussi dans la fosse iliaque gauche, à l'hypogastre, et autour de l'ombilic. Ce symptôme très-variable, dû à la présence de liquides mêlés de gaz, dans un point du tube digestif en rapport avec les régions que je viens d'indiquer, a beaucoup moins d'importance que les précédents.

Le *météorisme* est encore un symptôme qui demande toute notre attention, car il est infiniment plus fréquent dans la fièvre typhoïde que dans toute autre affection. Il manque chez un très-petit nombre de malades; il est d'autant plus fréquent, et en général d'autant plus prononcé, que l'affection est plus grave.

Par suite du météorisme, le ventre est plus ou moins volumineux, régulièrement bombé, et sonore dans toute son étendue. Le plus haut degré de sa sonorité est ordinairement vers l'hypogastre et les fosses iliaques.

Du côté de l'*estomac* on observe, outre les douleurs épigastriques, des nausées, des vomissements bilieux; mais ces symptômes apparaissent rarement à une époque très-rapprochée du début; ils ne se montrent, en effet, presque jamais avant le huitième ou le neuvième jour, et parfois surviennent beaucoup plus tard.

La *langue* offre un état très-variable suivant le degré de la maladie. Dans les cas les plus légers, elle peut rester naturelle, mais plus souvent elle se couvre d'un enduit jaunâtre. Dans les cas graves, elle offre les mêmes caractères au début; mais après quelques jours de durée de la maladie, elle devient sèche, râpeuse, brunâtre, encroûtée d'une matière sèche; noire, dure, fendillée, plus ou moins épaisse, comme brûlée; ses bords sont d'un rouge plus ou moins intense; enfin, dans les cas les plus graves, cet organe devient gonflé, épais, dur. Cet état de la langue doit être rapporté à une inflammation secondaire, de la même nature que beaucoup d'autres que nous aurons occasion de signaler plus loin. Dans quelques cas fort graves, la langue se recouvre d'un *enduit pseudo-membraneux*, pultacé, ou présente une ou plusieurs *ulcérations*.

La langue, alors même qu'elle conserve sa souplesse et son humidité, offre assez fréquemment, dans les cas d'une certaine gravité, un tremblement manifeste. Lorsque les lésions que nous venons d'indiquer se sont produites, les malades ont de la peine à la montrer; ils ne peuvent la pousser qu'entre les dents; parfois même elle reste immobile au fond de la bouche, où on l'aperçoit comme racornie.

Il ne faut pas confondre cette difficulté de mouvoir la langue, qui résulte de l'état de l'organe, avec celle qui est due à l'état des fonctions cérébrales, et qui fait que les malades la sortent lentement et incomplétement de la bouche, et même l'oublient hors de cette cavité et entre les dents, après l'avoir montrée.

Quelques auteurs ont noté une *fétidité* particulière de l'*haleine*, remarquable surtout chez les enfants.

Dans le *pharynx*, on retrouve des altérations analogues : ainsi, chez quelques sujets, il y a seulement un peu de rougeur; chez d'autres, il s'y joint du gonflement du voile du palais; de ses piliers, rarement une tuméfaction considérable de amygdales; parfois des productions pseudo-membraneuses et des *ulcérations*. Chez certains sujets, les ulcérations gagnent l'œsophage, et même détruisent en partie l'épiglotte.

Nous ferons remarquer cette *grande tendance à l'ulcération* qu'on observe dans la fièvre typhoïde. Voilà, en effet, déjà plusieurs organes dans lesquels nous la rencontrons, et nous verrons plus loin que, dans les intestins, elle forme le caractère essentiel de la maladie.

Dans les cas légers, le pharynx reste à l'état normal, ou à peu près. Ces lésions ne se montrent, du reste, qu'après une certaine durée de la maladie; elles occasionnent, dans un certain nombre de cas, une plus ou moins grande difficulté de la déglutition, difficulté qui résulte aussi, dans les cas très-graves, du trouble profond des fonctions cérébrales.

Du côté des *annexes des voies digestives*, nous n'avons à considérer que l'état de la *rate*, qui est remarquable. A une époque peu éloignée du début de la maladie, on trouve, en effet, la rate presque constamment tuméfiée, et quelquefois à un degré élevé. Le plus souvent les malades ne se plaignent d'aucune douleur dans la région splénique; mais on peut, dans un certain nombre de cas, y développer un peu de sensibilité par la pression. La palpation et la percussion font reconnaître l'engorgement de la rate, qui, d'après les recherches de Louis, ne paraît pas persister pendant tout le cours de la maladie, lorsque la durée en est un peu prolongée.

Des *symptômes nerveux* remarquables s'observent dans cette affection : c'est d'abord la *céphalalgie*, symptôme à peu près constant, qui survient presque toujours dès le début de l'affection, et qui, dans le très-petit nombre de cas où il apparaît plus tard, ne dépasse guère le quatrième jour (dans des cas très-rares, elle peut ne se montrer qu'au douzième). La céphalalgie est gravative, sans siége parfaitement déterminé, mais occupant plus particulièrement la région frontale. Les malades ne s'en plaignent en général que médiocrement, et elle disparaît au bout de quatre à huit ou dix jours dans les cas les plus ordinaires. Elle ne persiste pas lorsque le délire survient. Dans de très-rares circonstances, ce symptôme a une grande violence et dure pendant tout le cours de l'affection.

Nous mentionnerons ensuite les *vertiges*, qui sont d'autant plus marqués que la maladie est plus grave. Ils se manifestent principalement quand le malade se met sur son séant, et surtout quand il descend de son lit. Ce symptôme, qui se montre aussi dès le début et en même temps que la céphalalgie ou à peu près, peut persister pendant tout le cours de l'affection; mais le plus souvent il disparaît après un ou deux septénaires. Les *éblouissements*, les *étourdissements*, les *tournoiements de tête*, la *vacillation*, apparente pour le malade, des objets environnants, constituent ces vertiges si remarquables, et qu'on n'observe à ce degré et avec cette fréquence que dans la fièvre typhoïde.

Un *affaiblissement* d'autant plus considérable que la maladie est plus grave, et

que nous avons déjà trouvé parmi les phénomènes du début, est un des symptômes qu'il importe le plus de noter. Même lorsque la maladie est légère, l'abattement des forces est tel, qu'on n'en trouve pas un semblable dans aucune autre affection fébrile de nos climats, toutes choses égales d'ailleurs. Cette prostration des forces va sans cesse en augmentant dans les premiers jours de la maladie, et acquiert son maximum, ainsi que l'a constaté Louis, du dixième au treizième jour.

Une *stupeur* plus ou moins prononcée se manifeste chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, et l'on retrouve des traces de ce symptôme, ainsi que le fait remarquer Jacquot (1), dans les cas les plus légers, pourvu qu'on ait soin de mettre de côté la fièvre continue simple. Les malades ont l'air étonné, le regard languissant; ils paraissent comprendre lentement ce qu'on leur dit. A ce symptôme succède, dans les cas d'une certaine gravité, quelquefois dès les premiers jours, ordinairement plus tard, et, terme moyen, vers le quatorzième jour, une *somnolence* dont le degré est très-variable. Quelquefois, en effet, le moindre bruit, le moindre mouvement autour du malade suffit pour l'en tirer; dans d'autres cas, il faut l'exciter assez vivement, et il retombe dans son assoupissement dès qu'on a cessé l'excitation. Ce symptôme ne persiste pas pendant tout le cours de la maladie, lorsque la terminaison doit être favorable; il disparaît presque toujours graduellement, en même temps que les autres symptômes s'amendent.

Cet assoupissement dans lequel sont plongés les malades ne les soulage pas; au contraire, ils se plaignent de ne pas dormir, ou bien d'avoir un *sommeil* fatigant, fréquemment interrompu, troublé par des *rêvasseries* continuelles, pénibles, de telle sorte qu'ils cherchent à résister à ce sommeil, que d'un autre côté ils désirent.

Suivant Jacquot, qui a beaucoup insisté sur l'importance de la stupeur et du *délire* dans la fièvre typhoïde, ce dernier symptôme serait constant, mais serait quelquefois si léger, qu'il faut une très-grande attention pour le découvrir. Sans nous prononcer sur cette question, et tout en admettant que, dans un certain nombre de cas, une observation de tous les instants peut découvrir des traces de délire peu appréciables à l'observation ordinaire, nous ferons remarquer que les autres observateurs ne sont pas arrivés à un semblable résultat, et que, dans les cas légers, les réponses des malades sont toujours raisonnables. Chez cinquante-six sujets qui ont guéri, Louis n'a noté l'existence du délire que trente-neuf fois.

Le délire est, comme on le voit, un symptôme des plus importants : il se montre ordinairement de deux à six jours après la somnolence, rarement il la précède. Comme elle, il dure jusqu'à la fin de la maladie, lorsque la terminaison est fatale, et se dissipe ordinairement en même temps que les autres symptômes s'amendent, dans les cas de guérison.

C'est surtout pendant la nuit que se manifeste le délire; il en est presque toujours ainsi lorsqu'il est léger. Les malades se lèvent, cherchent à s'habiller, sortent de leur chambre, puis ne retrouvent plus leur lit; ou bien ils parlent haut, tiennent des propos incohérents. Dans quelques cas, ils ne sont occupés que d'un objet; quelquefois ce n'est qu'un marmottement inintelligible. Par moments, ce délire peut devenir furieux, et lorsque la maladie est grave, on voit souvent les sujets

(1) *Rech. sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1845.

constamment agités, criant, menaçant, cherchant à se lever, à se précipiter par la fenêtre, de telle sorte qu'il faut de toute nécessité les attacher dans leur lit.

Lorsque le délire n'est pas très-violent, on parvient, en fixant l'attention du malade, à le faire cesser et à obtenir des réponses justes; mais dès qu'on cesse l'interrogatoire, il retombe dans ses divagations.

Les *bourdonnements*, les *tintements d'oreille* sont des phénomènes fréquents dans la maladie qui nous occupe; ils se montrent principalement chez les sujets qui ont des vertiges. Il est plus rare de rencontrer un *trouble* marqué de la *vue*, et surtout le *strabisme*. L'état des pupilles n'a pas encore été suffisamment étudié.

Les *spasmes*, les *contractions toniques*, les *soubresauts des tendons*, le *tremblement des lèvres*, la *carphologie*, sont des phénomènes du même ordre et qu'on peut réunir dans une même indication. La contracture se fait remarquer dans les membres supérieurs, au cou, quelquefois même dans les muscles vertébraux. Cette contracture est plus ou moins difficile à vaincre. On a vu, dans quelques cas rares, une contracture des muscles du pharynx, cause nouvelle de difficulté de la déglutition qu'il faut ajouter à celles que j'ai mentionnées plus haut. Nous n'avons pas besoin de décrire les soubresauts des tendons et les divers mouvements irréguliers, il suffit de les indiquer. Toutes ces perversions de la motilité ne surviennent que dans les cas graves dont le plus grand nombre se termine par la mort.

[Les symptômes provenant de troubles nerveux (symptômes spinaux) ont été étudiés et décrits avec soin par G. Fritz (1). Parmi ces symptômes il y en a quelques-uns qui avaient été décrits sous divers noms : *forme rhumatismale* (Forget), *forme arthritique* (Bazin), *symptômes spinaux* (Lombard et Fauconnet). Fritz reconnaît deux espèces de troubles spinaux: 1° de la sensibilité; 2° du mouvement. Parmi les premiers : 1° hyperesthésie, 2° sensation de fourmillements ou picotements ; 3° analgésie et anesthésie. L'hyperesthésie cutanée suit une marche ascendante et lorsqu'une zone quelconque en est affectée, on la retrouve toujours dans les parties situées au-dessous. Les membres inférieurs peuvent en être atteints seuls; quelquefois l'hyperesthésie occupe également la peau de l'abdomen; elle peut même s'étendre au tronc; en général, elle se limite nettement suivant une ligne qui se rapproche de l'horizontale.

Cette hyperesthésie peut aller jusqu'à rendre insupportable au malade le poids des couvertures, et peut devenir une cause d'agitation excessive, principalement chez les enfants. Des cas de ce genre ont été observés par le professeur Schützenberger (de Strasbourg).

Fritz décrit, en outre, l'*hyperesthésie spinale*, c'est-à-dire provoquée par la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres; ce signe se rencontrerait dans la moitié des cas et serait aussi fréquent que les bourdonnements d'oreille.

L'*hyperesthésie musculaire* est souvent observée au moment où les muscles se contractent. Il existe également, au début de la fièvre typhoïde, des douleurs lombaires. On a noté des douleurs spontanées dans les muscles. L'analgésie se rencontre quelquefois, surtout aux membres inférieurs. La paralysie plus ou moins prononcée, la contracture (tétanie) musculaire partielle, ont été observées. Ces

(1) *Étude clinique sur divers symptômes spinaux dans la fièvre typhoïde*, thèse de la Faculté de médecine. Paris, 1864.

divers symptômes ne paraissent pas influer d'une façon très-fâcheuse sur le pronostic.]

L'*état de la peau* mérite une description particulière. On observe sur l'enveloppe cutanée des phénomènes de diverses espèces : je signalerai d'abord les *taches rosées lenticulaires*, qui constituent un symptôme important. Ces taches ont une couleur qui varie du rose pâle au rose foncé; elles sont arrondies et font une légère saillie que l'on constate en promenant légèrement le doigt sur la peau. Leur diamètre varie de 2 à 3 ou 4 millimètres au plus; elles disparaissent sous la pression, pour se reproduire immédiatement après. Leur siége le plus ordinaire est à la base de la poitrine, en avant, et sur le ventre. On en trouve assez fréquemment au haut des cuisses, à la partie postérieure du tronc, quelquefois sur les bras et les jambes, et, dans quelques cas, elles occupent toutes les régions du corps. Il est rare que ces taches se montrent très-nombreuses à la fois; souvent on n'en trouve qu'une douzaine sur la partie antérieure du corps; dans quelques cas exceptionnels, l'éruption est presque confluente.

Les taches ne se montrent pas dès le premier jour; le plus souvent c'est du septième au dixième jour, mais il n'est pas très-rare de les voir survenir plus tard. La durée totale de l'éruption varie entre trois et dix-sept ou dix-huit jours, parfois davantage; terme moyen, sept jours. Quant à la durée de la tache elle-même, elle est de trois ou quatre jours; de sorte que, dans les éruptions de longue durée, on voit apparaître d'abord quelques taches, puis ces taches vont en s'affaiblissant pendant que d'autres se développent, et ainsi de suite. Lorsque la tache est sur le point de disparaître, elle prend une couleur un peu plus sombre et terne; les taches rosées lenticulaires, n'apparaissant quelquefois qu'après le dixième et le douzième jour, et, d'un autre côté, ne durant que quelques jours, on peut expliquer en partie par là les différences que certains auteurs ont trouvées dans leur fréquence. Si, en effet, les malades se sont présentés trop tard, elles ont pu disparaître; si l'on s'est trop hâté de décider qu'il n'y avait pas de taches, on peut avoir commis une erreur qu'un examen ultérieur aurait rectifiée. Dans quelques cas, on ne trouve pas d'éruption; nous en avons vu des exemples, quoique les malades fussent examinés jour par jour depuis une époque rapprochée du début. Louis a vu trois cas semblables à la Pitié, et les autres observateurs en ont signalé un certain nombre. Néanmoins les taches rosées lenticulaires ont une grande valeur, car elles se montrent dans la fièvre typhoïde avec une fréquence incomparablement plus grande que dans toutes les autres maladies, qui n'en offrent presque pas d'exemples. Du reste, l'abondance de l'éruption et sa persistance n'ont pas de rapport direct avec l'intensité de l'affection.

Une autre éruption, qui a son importance, est l'éruption des *sudamina*, qui se rencontre chez les deux tiers au moins des malades. Les sudamina sont des vésicules formées par l'accumulation, sous l'épiderme, d'un liquide transparent et incolore; ces vésicules ont une dimension qui varie de 2 à 4 millimètres. Dans le premier cas, elles sont arrondies; dans le second, elles sont oblongues comme des larmes. Leur nombre est très-variable. Leur siége principal est le cou, le voisinage de l'articulation scapulo-humérale et la région épigastrique. Quelquefois elles couvrent tout le corps, et sont très-confluentes. On les rompt facilement par le frottement, et, lorsqu'elles sont très-rapprochées, on peut quelquefois enlever des lambeaux d'épiderme assez étendus.

Les sudamina ne se montrent guère avant le douzième jour ; leur durée est de rois à dix jours environ. Quand ils disparaissent, le liquide se résorbe, et il en ésulte une desquamation ordinairement ténue et farineuse. Lorsqu'ils sont très-nombreux, les vésicules peuvent se rompre, et alors les lambeaux épidermiques, lont j'ai parlé plus haut, se détachent. Les sudamina, comme leur nom l'indique, ont été regardés comme un résultat des sueurs plus ou moins abondantes qu'auraient pu avoir les malades. Bouillaud a soutenu très-vivement cette opinion ; mais si l'on interroge attentivement les malades, on voit qu'il n'y a réellement aucun rapport entre les sueurs et cette éruption ; et, d'un autre côté, nous savons que lans les maladies où les sueurs sont beaucoup plus constantes et beaucoup plus considérables, les sudamina sont loin d'être aussi fréquents et aussi remarquables.

Des taches d'une tout autre nature que les *taches rosées lenticulaires* se montrent dans quelques cas : ce sont des *pétéchies*. Ce symptôme doit être considéré comme très-rare, car Chomel et Louis ne l'ont pas rencontré. Ces pétéchies ont pour caractère d'être d'un violet foncé, et de ne pas disparaître sous la pression.

D'autres taches ont été mentionnées : ce sont précisément celles que Davasse a décrites (1) sous le nom de *taches bleues*. Il n'est pas douteux que, dans quelques cas, il n'y ait eu erreur de diagnostic ; et ce qui doit le faire admettre, c'est que les auteurs qui ont signalé ces taches dans la fièvre typhoïde ont été frappés de la bénignité de la maladie. Cependant il est quelques cas qu'on ne peut rapporter qu'à la fièvre typhoïde ; nous en avons vu deux exemples en 1847, à l'Hôtel-Dieu annexe, et quelques autres depuis.

[Enfin, on observe encore, dans la fièvre typhoïde, une éruption pustuleuse particulière, qu'Andral nomme *éruption varioliforme* (2), et qui a été signalée aussi par Piorry (3). C'est ordinairement à la fin du premier septénaire ou au commencement du second que ces pustules apparaissent ; on en compte rarement plus de dix à douze. Elles ont pour siége presque exclusif la région du sacrum ; elles commencent par une petite tache rouge, qui s'élargit et se recouvre d'une phlyctène remplie d'une sérosité lactescente et bientôt puriforme. L'épiderme se déchire, et le derme, mis à nu, peut se recouvrir d'une fausse membrane, s'ulcérer et se gangréner ; cette éruption est quelquefois le point de départ des eschares de la région sacrée.]

L'*érysipèle* est une inflammation de la peau qui ne se manifeste que dans un certain nombre de cas graves, et le plus ordinairement mortels. Il ne survient qu'à une époque assez avancée de la maladie. Il a son siége principal à la face ; mais, dans quelques cas, il se développe dans d'autres parties du corps, et envahit parfois une grande étendue de l'enveloppe cutanée ; parfois aussi il se termine par la gangrène.

D'autres éruptions cutanées peuvent encore se montrer ; mais on ne les observe

(1) *Des fièvres éphémère et synoque simple*, thèse inaugurale de Paris. 1847. Voy. l'article précédent, p. 8.

(2) *Clinique méd.*, 4e édit., t. Ier, p. 630.

(3) *Traité de méd. pratique*, t. V, p. 175. — Voy. aussi : Blanchet, *Mém. sur les dermopathies de la région sacrée*. — Henri Roger, *Des éruptions dans les fièvres*, thèse pour l'agrégation, 1847.

que dans un petit nombre de cas, et elles n'ont qu'une très-faible importance. Ce sont des *érythèmes*, la *miliaire*, l'*urticaire*, l'*herpes labialis*, le *lichen*, etc.

La peau, chez les sujets affectés de fièvre typhoïde, a une tendance marquée à la *gangrène*. C'est principalement sur les parties qui supportent le poids du corps, et qui sont toujours en contact avec le lit, que se produisent des gangrènes plus ou moins étendues. Elles ne se manifestent qu'après une assez longue durée de la maladie, commençant par une rougeur légère et un léger gonflement, qui bientôt augmentent et s'étendent. Plus tard, la peau prend une teinte violacée, se ramollit, se détache, et laisse à nu une plus ou moins grande étendue du tissu sous-cutané qui se mortifie à son tour. Le siége de prédilection de la gangrène cutanée est au sacrum, d'où elle s'étend quelquefois au loin; on l'observe aussi au niveau des grands trochanters chez les sujets amaigris, aux talons, aux coudes, partout, en un mot, où la pression s'exerce sur des saillies osseuses. La surface des vésicatoires a aussi une grande tendance à se mortifier, et quelquefois la gangrène est provoquée par une trop longue application des sinapismes.

La *face* présente des phénomènes remarquables. Elle exprime, dès le début, l'abattement; dans quelques cas, une certaine anxiété. Les yeux sont languissants, à demi voilés par les paupières; vifs, hagards quand il y a un délire aigu. Fréquemment ils sont injectés, parfois chassieux, et offrent chez quelques sujets un certain degré de strabisme. La coloration de la face est remarquable. Elle est, en effet, comme plaquée de rouge plus ou moins livide, et dans quelques cas, légèrement bleuâtre. On observe aussi la *pulvérulence des narines* et quelquefois des cils. Vers la fin de la maladie, la face est très-amaigrie. Ces symptômes sont, en général, d'autant plus marqués, que l'affection est plus grave et plus avancée. Dans les cas les plus légers, il n'y a qu'un peu d'abattement et la coloration particulière que nous venons d'indiquer.

Dans quelques cas graves, on observe une coloration bleuâtre sur tout le corps. Nous en avons vu un exemple remarquable il y a vingt ans, à l'Hôtel-Dieu annexe. Le malade guérit. C'est là ce qu'on a appelé la *cyanose typhoïde.*

Des *épistaxis* plus ou moins abondantes se montrent dans un grand nombre de cas. Barth (1) les a observées dans la moitié des cas soumis à son observation; Jacquot (2) les a vues quarante-six fois sur cent huit cas. Louis les a notées vingt-sept fois chez trente-quatre sujets. C'est un symptôme qui survient à peu près à toutes les époques de la maladie. L'abondance de l'hémorrhagie est ordinairement modérée. Dans plusieurs cas que j'ai observés, l'action de vomir, provoquée par un vomitif, détermina manifestement l'hémorrhagie, car elle se reproduisit chaque fois qu'on employa ce moyen, et cessa immédiatement après. L'abondance et la fréquence des épistaxis n'ont pas de rapport direct avec l'intensité et la gravité de la maladie.

Les *organes de la respiration* demandent aussi à être étudiés, car dans cette maladie il n'est pas une seule fonction qui ne souffre. La voix est ordinairement un peu affaiblie; quelquefois complétement voilée, non-seulement quand il y a

(1) *Loc. cit.*

(2) *Rech. pour servir à l'histoire de la fièvre typhoïde*, thèse, Montpellier, 1844, et Paris 1845.

des fausses membranes dans la bouche et dans l'arrière-gorge, mais dans d'autres cas encore. Presque tous les sujets ont une toux généralement peu fréquente et peu fatigante; les crachats sont rares, mêlés de sang venant des fosses nasales, quand il y a des épistaxis; parfois puriformes et annonçant une bronchite assez intense. A l'*auscultation*, on trouve, chez presque tous les sujets qui toussent, un *râle* universel, ordinairement sonore et sifflant, quelquefois sous-crépitant et humide. Ce râle survient ordinairement vers le cinquième ou le sixième jour de l'affection. Lorsque la toux est très-légère, on ne trouve pas ces râles. Cependant la *percussion* de la poitrine ne fait observer rien de remarquable, en sorte que, s'il y avait de la matité, on devrait reconnaître l'existence d'une complication.

Il n'est pas jusqu'à l'*appareil génito-urinaire* qui ne soit le sujet de quelques considérations intéressantes. Nous signalerons d'abord la *rétention d'urine*, si fréquente lorsque le délire est intense; le médecin doit être, en pareil cas, toujours attentif, afin que l'urine ne distende pas la vessie outre mesure. Cossy (1) a cité des exemples très-remarquables de *gangrène de la vessie* dans des cas de fièvre typhoïde. Cette gangrène était annoncée par l'odeur *sui generis* qu'exhalait l'urine.

L'*urine* a été examinée par Andral, Rayer, Martin-Solon, Becquerel [Beale (2)]. Ce qui résulte de plus général de ces recherches, c'est que l'urine est ordinairement acide; qu'on la trouve quelquefois naturelle, même à l'époque où la convalescence se déclare; qu'elle est ordinairement dense, fortement colorée, prompte à s'altérer à l'air; qu'assez fréquemment, au moment où la convalescence apparaît, elle devient jumenteuse, contient beaucoup de sels, ainsi que de la bile (Martin-Solon), et forme par l'addition de l'acide nitrique un précipité auquel on a donné le nom de *critique*.

On a vu quelquefois la *menstruation* avancée ou retardée par l'invasion de la fièvre typhoïde. L'*avortement* est une conséquence fâcheuse qu'il faut craindre quand cette maladie se déclare, à quelque époque que ce soit de la grossesse.

Lorsque l'affection est grave, la *chaleur* qui succède aux frissons s'élève rapidement et devient bientôt âcre, brûlante, parfois sèche, plus souvent accompagnée de *sueurs* qui ne sont pas en rapport avec son intensité, et qui se manifestent principalement vers le soir, après le paroxysme ou pendant le sommeil de la nuit.

Le *pouls* est fréquemment petit et serré dans les cas graves; dans les autres, il présente souvent sa largeur normale. Dans les cas les plus graves il est assez ordinaire de le trouver faible, mou, inégal, irrégulier, tremblotant. On a, dans un certain nombre de cas, noté le pouls redoublé ou *bis feriens*. Quant à sa fréquence, elle est toujours assez considérable dans les cas graves, s'élevant presque constamment au-dessus de 100 pulsations, et souvent atteignant 120 et plus. Dans les cas légers, le pouls reste ordinairement au-dessous de 100, et quelquefois il est remarquable par sa lenteur et par sa régularité, au moins à certaines époques de la maladie. Lorsque l'affection se termine par la mort, on voit la fréquence du pouls s'accroître à mesure qu'on approche du dernier moment, et en même temps son étroitesse augmenter au point que, dans quelques cas, il devient misérable.

(1) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XIX, p. 385.
(2) *De l'urine, des dépôts urinaires et des calculs*, traduit de l'anglais sur la seconde édition. Paris, 1865, § 213.

Barth (1) a observé, dans le cours de la fièvre typhoïde, des *hémorrhagies musculaires.* Il en a cité un exemple très-remarquable. En pareils cas, il survient, soit dans un membre, soit dans la paroi antérieure de l'abdomen, une tumeur extrêmement douloureuse formée par le foyer sanguin.

Tels sont les nombreux symptômes de la fièvre typhoïde. Il me reste maintenant à indiquer d'une manière plus facilement saisissable leur succession et leur enchaînement. C'est ce que je me propose de faire dans l'exposé de la marche de la maladie, après avoir dit quelques mots de la fièvre typhoïde des enfants.

Fièvre typhoïde des enfants. —Le diagnostic des maladies étant très-difficile chez les enfants, surtout lorsqu'on se rapproche de l'époque de la naissance, et la fièvre typhoïde devant être placée en première ligne sous ce rapport, il faut nécessairement rechercher si cette maladie diffère plus ou moins de la description que je viens de présenter. Nous allons, sous ce point de vue, examiner chaque symptôme en particulier à l'aide des travaux de Barthez, Rilliet et Louis, [Fritz et Chédevergne].

Les *douleurs de ventre*, la *diarrhée*, le *météorisme*, se montrent de la même manière et à peu près dans la même proportion que chez les adultes. Les *vomissements* sont beaucoup plus fréquents au début, et Rilliet les a trouvés plus nombreux et plus persistants, en général, chez les enfants qui ont succombé.

L'état de la *langue* et de l'*arrière-bouche* est le même. Taupin a vu, dans plusieurs cas, la *déglutition* gênée.

La *céphalalgie*, la *stupeur*, la *somnolence*, le *délire*, les *spasmes*, d'après Rilliet (de Genève), sont des symptômes qui se montrent, chez les enfants comme chez les adultes, aux mêmes époques de la maladie, et à peu près dans les mêmes proportions. Suivant Taupin, la *prostration* est, toutes choses égales d'ailleurs, un peu moindre chez les enfants. Le même auteur a, dans presque tous les cas, observé des *douleurs des membres*, et il a noté que, dans les cas où leur durée s'est prolongée, la taille des enfants avait pris un accroissement notable.

L'*épistaxis*, qui semblerait devoir être plus fréquente chez les enfants, l'est au contraire beaucoup moins; car Taupin ne l'a notée que trois fois sur cent vingt et un sujets, et Rilliet, qui l'a observée plus fréquemment, l'a trouvée néanmoins dans une proportion de cas beaucoup moindre que chez les adultes. La *surdité*, et surtout les *bourdonnements* d'oreille, sont notés dans une faible proportion, ce qui sans doute tient, en grande partie du moins, à la difficulté qu'on éprouve à en constater l'existence.

Les *taches rosées lenticulaires* se montrent dans la même proportion de cas que chez l'adulte, et ont la même marche; seulement leur évolution paraît être un peu plus rapide, et leur apparition un peu plus rapprochée du début de la maladie. Les *sudamina* ne présentent aucune différence; l'*érysipèle* n'a pas été mentionné. Les *eschares* se montrent comme chez l'adulte.

Le *mouvement fébrile* est très-sensiblement le même. Ainsi on remarque les frissons, la chaleur, les sueurs, dans les mêmes circonstances, et leur intensité suit les mêmes variations; le *pouls* est seulement un peu plus fréquent; mais comme dans l'enfance cette fréquence proportionnelle existe dans l'état de santé, on peut considérer les faits comme identiques. On compte généralement de 120 à 140 pul-

(1) *Union médicale*, 23 octobre 1847.

ations dans les cas un peu graves, et parfois beaucoup plus. Plein, fort et vibrant u début, le pouls devient petit, filiforme, difficile à compter, après le premier epténaire, surtout chez les sujets qui doivent succomber.

Enfin, du côté des *organes respiratoires*, les enfants présentent les mêmes sym-ptômes que les adultes, et l'on observe chez eux la *rétention d'urine*, lorsque les accidents cérébraux sont très-intenses.

En résumé, la fièvre typhoïde des enfants est presque complétement identique avec celle des adultes.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Au début, après un état de malaise plus ou moins prolongé, ou plus souvent sans malaise préalable, frissons, céphalalgie, lassitude, brisement des membres, anorexie, soif, douleur de ventre, le plus souvent selles liquides et plus ou moins nombreuses.

La chaleur succède bientôt aux frissons et devient permanente, redoublant le soir, avec des sueurs fréquentes pendant la nuit. Il y a de la stupeur ; la faiblesse augmente ; les étourdissements, les éblouissements se déclarent.

Vers le septième ou huitième jour, la stupeur se change en somnolence ; bientôt après survient le délire ; le sommeil est mauvais, interrompu ; il y a des rêvasseries fatigantes. La toux et les autres symptômes pulmonaires se déclarent. A peu près vers cette époque, surviennent les taches rosées lenticulaires, un peu plus tard les sudamina.

Les malades se plaignent de bourdonnements, de sifflements d'oreille, de surdité ; la face est plaquée de rouge plus ou moins sombre ; l'œil est à demi voilé, quelquefois brillant dans le délire ; les narines sèches, pulvérulentes ; la langue, dans les cas graves, est difficilement tirée, elle se dessèche, s'encroûte, ainsi que les lèvres et les dents (fuliginosités) ; il survient du météorisme ; la diarrhée fait des progrès ; les nausées, les vomissements se déclarent dans un certain nombre de cas.

Jusqu'à l'époque de la maladie où nous sommes, le pouls est resté assez large et bat ordinairement de 100 à 110 fois par minute.

Plus tard, les phénomènes sont très-différents, suivant que les sujets doivent succomber ou doivent guérir. Dans le premier cas, l'affaiblissement devient extrême ; le délire alterne avec la somnolence ou même le coma ; il se forme des eschares dans diverses parties du corps ; le météorisme augmente ; les selles sont parfois involontaires, et il y a fréquemment rétention d'urine ; il survient des spasmes, des contractures, du tremblement dans diverses parties, de la carphologie. « Enfin, dit Louis (1), la mort survient, soit au milieu du délire, soit dans une sorte de calme, les malades n'ayant perdu connaissance que quelques heures auparavant, quelquefois d'une manière imprévue. »

Le même auteur a décrit avec grand soin ce qui se passe chez les sujets atteints de fièvre typhoïde grave qui guérissent. « Après un certain temps, dit-il (2), à une époque plus ou moins éloignée du début, qui varie de quinze à cinquante jours et

(1) *Rech. anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde*, 2e édit. Paris, 1841, t. II, p. 423.

(2) *Ibid.*, t. II, p. 426.

au delà, suivant la marche rapide ou lente de l'affection, les symptômes les plus graves et les plus caractéristiques, la somnolence, le délire, le météorisme, diminuaient, puis cessaient bientôt complétement ; le nombre des selles était moins considérable, la soif moins vive ; la langue se dépouillait de l'enduit plus ou moins brunâtre qu'on y observait assez souvent... La physionomie devenait plus naturelle ; les malades commençaient à prendre part à ce qui les environnait, demandaient quelques aliments, semblaient en quelque manière renaître à la vie : sorte de résurrection extrêmement remarquable dans quelques cas où l'amélioration fut très-rapide. La chaleur diminuait, le pouls était moins accéléré, enfin toutes les fonctions revenaient peu à peu à leur état habituel. »

Convalescence. — Nous venons d'indiquer le commencement de la convalescence dans un certain nombre de cas ; mais il est quelques particularités qu'il faut encore mentionner. La convalescence a toujours une assez longue durée, et cette durée est généralement en rapport avec l'intensité de la maladie. Les malades restent pendant un certain temps faibles, incapables de se livrer au travail, promptement fatigués. L'amaigrissement, qui est d'autant plus considérable que la maladie a duré plus longtemps, disparaît assez lentement chez beaucoup de sujets ; chez d'autres, il y a persistance de certains symptômes qui rendent la convalescence longue et difficile. Ainsi, quelques-uns conservent de la chaleur, une accélération du pouls parfois considérable, un peu de dévoiement ; chez d'autres, le dévoiement survient dès qu'on veut augmenter un peu la quantité des aliments ; d'autres enfin ont pendant la nuit des sueurs plus ou moins copieuses qui les maintiennent dans un état de faiblesse marquée. Il en est qui conservent pendant un temps plus ou moins long un affaiblissement de l'intelligence. Les eschares qui se sont formées dans les diverses parties du corps retardent aussi la convalescence, et, lorsqu'elles sont considérables, elles la rendent très-longue et difficile, la séparation des parties mortifiées et la suppuration maintenant les malades dans un état de débilité plus ou moins considérable.

On a beaucoup discuté sur la *durée* de la fièvre typhoïde, parce qu'on a attribué à certains traitements une grande action sur la marche de la maladie. Les cas cités comme guéris en sept ou huit jours sont très-probablement des cas de fièvre simple continue ; on en voit des exemples dans les écrits de plusieurs auteurs qui ont préconisé des traitements spéciaux. Parfois aussi il a pu y avoir des erreurs de diagnostic.

La durée de la fièvre typhoïde est très-différente suivant les cas : dans les cas légers, elle varie de quatorze à vingt ou vingt-cinq jours ; dans les cas graves, elle est de vingt à trente-cinq, quarante jours, et parfois beaucoup plus.

La fièvre typhoïde est une des maladies aiguës dont la *terminaison* est le plus souvent fatale. Il est des cas où les symptômes sont d'une violence telle, qu'ils emportent les malades au bout de sept, huit ou dix jours ; ces cas sont rares. Le plus souvent la mort survient du quatorzième au trentième jour.

L'érysipèle, l'inflammation pseudo-membraneuse des voies aériennes, l'œdème de la glotte, la suppuration du pharynx hâtent la mort et la déterminent par eux-mêmes ; Vigla a cité un cas de mort par rupture de la rate (1). Il est rare que les

(1) *Archives de médecine*, 4e série, t. III, IV.

chares soient assez considérables pour produire le même effet, mais ce n'est pas ns exemple. On a signalé la gangrène des membres (1). Chez un petit nombre sujets, la mort est causée par un accident terrible : nous voulons parler de la *rforation de l'intestin.* Il en résulte une péritonite suraiguë qui emporte ordiairement les malades avec rapidité. (Voy. PÉRITONITE.)

D'après plusieurs auteurs, la péritonite peut survenir par extension de l'inflamation, sans perforation. Thirial (2) a cité deux observations dans lesquelles l'aupsie a été faite : aucune trace de perforation n'a été rencontrée; mais on avait égligé de recourir à un moyen indispensable, nous voulons parler de l'insufflation testinale, ce qui nous force à garder la même réserve que par le passé.

Dans quelques cas, la mort arrive subitement et d'une manière imprévue.

§ VI. — Formes de la maladie.

Chomel admet cinq formes dans la fièvre typhoïde : ce sont celles que je viens e mentionner tout à l'heure. La première est la *fièvre typhoïde inflammatoire.* lle existe *surtout au début*, et est caractérisée par la plénitude, la fréquence du ouls, la chaleur, etc. Qui ne voit d'abord qu'une forme qui ne se montre qu'au ébut a déjà quelque chose de singulier ? La maladie pourra donc avoir toutes les rmes : au début, inflammatoire; plus tard, bilieuse; plus tard encore, nerveuse; nfin adynamique ? Il est évident que de semblables distinctions n'ont qu'un faible térêt. Mais il y a plus : est-ce que, même lorsque les malades ont les symptômes ue je viens d'indiquer, ils ne sont pas notablement affaiblis ? Il y a donc déjà de adynamie. Est-ce qu'ils n'ont pas des vertiges, de l'agitation, des rêvasseries ? Il y donc de l'ataxie. Est-ce qu'ils n'ont pas la bouche pâteuse, des nausées, parfois es vomissements ? Voilà le caractère bilieux.

Qu'on examine un sujet dans l'*ataxie* la plus complète, ou bien un cas qu'on uisse citer comme un exemple de *fièvre nerveuse ;* est-ce que les voies digestives 'offrent pas de leur côté des symptômes de fièvre muqueuse ? Est-ce que le alade n'est pas faible, tremblant sur ses jambes, pouvant à peine se soutenir, ouché sur le dos, hors des moments de paroxysme du délire ? Est-ce que la chaur de la peau n'est pas élevée ?

[Toutefois, comme les formes qu'une maladie peut revêtir ont de l'importance au oint de vue du traitement, nous mentionnerons les caractères de chacune d'elles.

Forme inflammatoire. — Apparence de pléthore, face vivement colorée, yeux illants ; peau d'un rose clair, chaude, halitueuse. Fièvre vive ; pouls large, plein, ır, résistant, d'une fréquence modérée; tendance aux hémorrhagies et à des flammations franches, comme la pneumonie ; agitation, insomnie, délire ; pas de ma ; langue sèche, mais sans fuliginosités. Marche franche, continue, rapide. unes gens pléthoriques, sanguins.

Forme bilieuse. — Au printemps et à l'automne, les fièvres typhoïdes prennent uvent le caractère bilieux. Il y a alors des nausées, des vomissements et des jections de bile ; la langue est pâteuse et couverte d'un enduit limoneux et jautre ; teinte subictérique de la peau ; les symptômes abdominaux, tels que le

(1) Bourgeois, *Arch. de méd.*, 1857, t. X, p. 149.

(2) *Union médicale*, 14 juillet 1853.

ballonnement, le gargouillement, la diarrhée, sont plus prononcés que tous les autres accidents ; la fièvre est modérée et elle affecte surtout des caractères marqués de *rémittence*.

Forme muqueuse. — Espèce extrêmement commune. Fièvre peu intense, pouls mou et dépressible ; *rémittence* bien caractérisée, comme dans la forme précédente. Simple affaiblissement des forces, pas de prostration grave ; tous les symptômes à un degré modéré, mais tendance aux évacuations par toutes les voies : sueurs abondantes, diarrhée muqueuse, catarrhe pulmonaire très-marqué. Bénignité extrême de la maladie, qui se termine presque toujours par la guérison. Durée ordinairement courte : la maladie dépasse rarement le troisième septénaire.

Les fièvres typhoïdes à forme bilieuse ou muqueuse se montrent surtout à certaines époques de l'année, principalement au printemps et à l'automne, et elles sévissent sous forme de petites épidémies. Comme elles sont presque sans gravité, on a pu dire qu'il y a des *épidémies bénignes de fièvre typhoïde ;* tandis qu'il y a, par opposition, des *épidémies graves*, lorsque les formes ataxique et adynamique sont dominantes.

Forme adynamique. — Les anciens auteurs avaient distingué, avec juste raison, l'*adynamie* et la *putridité*. Cette division, trop négligée de nos jours, a été reproduite récemment par Ch. Racle (1), à qui nous empruntons les détails suivants :

« Le caractère prédominant de l'*adynamie* est une faiblesse profonde qui se trouve dans toutes les fonctions. Ses symptômes sont les suivants : abattement des traits, air de stupeur, l'habitude extérieure traduit une prostration extrême ; décubitus dorsal, membres comme en résolution ; mouvements lents, difficiles ou impossibles, toujours pénibles ; quelques pathologistes, Pinel entre autres, ont même placé dans cette faiblesse de la contraction musculaire le caractère principal de l'adynamie. De cet état des muscles résulte la flaccidité des chairs. Sentiment de lassitude extrême. Céphalalgie très-peu intense, obtusion des sens ; les yeux sont injectés, larmoyants, ou secs et couverts d'un voile muqueux. La sensibilité peut paraître abolie ; mais c'est de l'abolition de la perception que provient ce phénomène plutôt que d'une anesthésie véritable. L'intelligence, en effet, s'affaiblit : le malade est lent à répondre parce qu'il est lent à comprendre. Délire tranquille, surtout pendant la nuit ; marmottement ; quelquefois abolition complète de l'intelligence, de toute perception, qui peut aller jusqu'au coma le plus profond. Insomnie pendant laquelle les malades sont livrés à des rêvasseries fatigantes. L'état des fonctions du système nerveux est, en tout, opposé à ce que nous le verrons dans l'ataxie. Pouls petit, quelquefois d'une extrême fréquence, mais toujours mou et facile à faire disparaître par la plus légère pression ; c'est dans ce dernier caractère du pouls que l'on peut trouver un des meilleurs signes de l'adynamie. La chaleur de la surface du corps a diminué partout, mais surtout aux extrémités ; les malades sont vivement impressionnés par le froid extérieur, et quelquefois ils ne conservent leur chaleur que parce qu'ils restent couverts. La peau est souvent couverte d'une sueur grasse, froide et fétide ; elle est terreuse, flétrie, ridée ; à la face elle est pâle comme chez les individus exsangues. Disposition générale à la gangrène, surtout dans tous les points des téguments qui sont comprimés sur le lit ou

(1) *De la thérapeutique générale,* thèse. Paris, 1845.

ui sont le siége d'une irritation quelconque. Le tissu cellulaire des membres inférieurs s'infiltre souvent. Enfin des hémorrhagies sont très-habituelles dans l'adynamie, ce qui en augmente encore la gravité. Ces hémorrhagies se manifestent surtout à la surface des muqueuses; celles des fosses nasales, de l'intestin, de l'utérus, n sont le siége le plus ordinaire. Les ecchymoses sont des accidents du même ordre. Le sang fourni par les hémorrhagies ou par les saignées est dissous, et ne se coagule qu'imparfaitement; il est noirâtre et analogue à une gelée mal formée..... Narines sèches, pulvérulentes; respiration sans caractère particulier, quelquefois ralentie. L'adynamie présente encore, du côté des voies digestives, des signes si importants, qu'ils pourraient, dans beaucoup de cas, servir seuls à la faire reconnaître. La langue est sèche, brune ou noirâtre, tremblante; elle est, ainsi que les lèvres et les dents, couverte d'un enduit fuligineux qui l'empêche de se mouvoir. Soif nulle. Déglutition gênée, sonore, ou rendue impossible, par une paralysie du pharynx. Ventre énormément distendu par des gaz; selles liquides, noirâtres, fétides, abondantes ou fréquentes, souvent involontaires. Urine quelquefois retenue par une paralysie de la vessie.

» Dans l'état de *putridité*, on observe : sentiment d'ivresse, chaleur du front et céphalalgie obtuse; stupeur; ouïe difficile; yeux couverts d'une couche muqueuse, ne se fermant pas entièrement et laissant apercevoir la sclérotique; réponses lentes; marmottement; coma; figure terreuse; narines sèches, comme enduites de suie; lèvres, dents, gencives et langue couvertes de fuliginosités noires et desséchées; aussi la langue, tremblante, ne peut-elle pas sortir de la bouche; parotides; haleine cadavéreuse; déglutition difficile, sonore; déjections diarrhéiques très-fétides, brunes ou noires, involontaires; météorisme. Chaleur mordicante, pétéchies, ecchymoses, vergetures; sueurs grasses, visqueuses, les extrémités étant froides; carphologie, soubresauts des tendons; décubitus dorsal, abandonné, le corps tombant vers les pieds. Hémorrhagies diverses, soit aux surfaces naturelles, soit aux surfaces des plaies. Gangrénescence facile aux points pressés par le lit; le pouls, petit, devient nul. Enfin, mort après que la connaissance est revenue. »

Comme on le voit, d'après ces descriptions, l'*adynamie pure* indique simplement la diminution ou l'anéantissement des forces, tandis que la *putridité* donne lieu de penser qu'il existe une sorte d'intoxication ou d'état septique, qui produit la dissolution du sang et l'altération de tous les liquides de l'économie.

Forme ataxique ou nerveuse. — Selon quelques auteurs, l'ataxie serait uniquement caractérisée par le délire; selon d'autres, par des accidents dépendant du système nerveux. A notre sens, l'ataxie existe soit quand il se manifeste des accidents nerveux, soit quand il y a un défaut d'harmonie ou d'équilibre entre les divers symptômes d'une maladie.

Dans la fièvre typhoïde à forme *ataxique*, les malades ont la face pâle, les traits amincis et contractés; les sourcils sont froncés; des mouvements convulsifs, légers et involontaires, parcourent la face, comme des éclairs; les lèvres, la langue, sont affectés de tremblement; la parole est brève et saccadée; il y a du délire, souvent aigu et furieux, bien différent de la typhomanie. Les malades, loin d'avoir l'abattement de l'adynamie, sont agités et continuellement en mouvement; quelquefois ils se lèvent, mais ne peuvent marcher, à cause de la faiblesse et du tremblement des jambes. Les bras et les mains sont continuellement agités; les malades semblent

recueillir en l'air des objets flottants (carphologie), ou bien ils ramènent vers eux les couvertures et les objets qui sont sur leur lit (crocidisme); enfin il y a des soubresauts des tendons. Dans cet état le pouls est serré, petit, intermittent, irrégulier; la peau est ordinairement fraîche, et la température du corps est abaissée. La respiration est irrégulière; il y a de la toux nerveuse, du hoquet. Enfin les symptômes du côté du tube digestif sont généralement peu prononcés.

Les symptômes de l'ataxie et de l'adynamie s'associent assez souvent pour donner lieu à une forme mixte que l'on nomme, avec juste raison, *ataxo-adynamique*.

On a décrit une forme *rémittente* de la fièvre typhoïde. Nous ignorons si, dans d'autres climats, on ne peut pas observer des cas de cette nature; en France et à Paris, ils sont inconnus. Mais il est évident, pour tous les observateurs, que la fièvre typhoïde commence quelquefois par des phénomènes d'*intermittence* ou de *rémittence*. Ce mode d'invasion ne se montre pas indifféremment à toutes les époques; il y a des années où il est assez commun, et nous signalerons surtout l'année 1846, où, dans tous les hôpitaux, on voyait la fièvre typhoïde débuter par une fièvre intermittente ou rémittente, qui ne cédait pas au quinquina; la maladie prenait par degrés la forme continue, et finalement l'apparence de l'affection typhoïde.

En conséquence, dans les localités où ne règnent pas les maladies paludéennes, on devra suspecter les affections à type rémittent, et soupçonner qu'elles peuvent n'être, au début, que le *masque* d'une fièvre continue.

Worms (1) n'admet pas la fièvre continue proprement dite; il ne voit dans celles qu'on appelle ainsi qu'une chaîne d'accès, quelquefois difficiles à distinguer, mais qui n'en existent pas moins : aussi verrons-nous plus loin les conséquences que ce médecin en tire pour le traitement.

Enfin la fièvre typhoïde peut se manifester avec des symptômes si légers, que les malades ne sont pas obligés de s'aliter. Ils éprouvent seulement des malaises, de l'affaiblissement, de la diarrhée; ils peuvent encore vaquer à leurs occupations. C'est la forme dite *latente* ou *insidieuse*. Mais la maladie, si nous osons ainsi dire, ne perd pas ses droits, et son réveil est terrible; c'est, en effet, dans la plupart des cas de ce genre que l'on voit survenir, pendant la convalescence, les *perforations intestinales* et la *péritonite mortelle*, qui en est la conséquence.

La distinction des formes de la fièvre typhoïde est tellement réelle et importante, que les anatomistes eux-mêmes y ont souscrit; seulement ils ont pris leur point de départ dans les organes qui paraissent être le plus vivement affectés : de là les formes *cérébrale*, *thoracique*, *abdominale* (2). Dans ce mode particulier de classification, la forme cérébrale correspond aux formes ataxique et adynamique, la forme thoracique à la forme muqueuse, et la forme abdominale à la forme bilieuse de tous les auteurs.

Quant aux formes *sidérante et arthritique*, elles sont établies sur des circonstances de médiocre intérêt.]

§ VII. — Lésions anatomiques.

Commençons par la lésion principale, celle des glandes de Peyer. Ces glandes

(1) *Du traitement de la fièvre typhoïde*, par J. Guipon. Thèse, Paris, 1852.
(2) Littré, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., art. DOTHIÉNENTÉRIE.

euvent être altérées de deux manières différentes. Tantôt les plaques se montrent ouges, tuméfiées, avec un ramollissement notable de la membrane muqueuse et u tissu sous-muqueux : c'est ce que l'on a nommé *plaques molles* (Louis) ou *éticulées* (Chomel). Tantôt, au contraire, elles offrent une dureté remarquable ; e tissu sous-muqueux est transformé, dans une partie de la plaque ou dans toute on étendue, en une matière homogène, sans organisation apparente, luisante à la oupe et plus ou moins résistante ou friable. Quant à la membrane muqueuse, elle résente les mêmes altérations que dans le cas précédent : cette deuxième forme e la lésion des plaques est celle à laquelle on a donné le nom de *dure* (Louis) ou e *gaufrée* (Chomel).

Cette altération n'est que le prélude d'une lésion plus profonde qui ne tarde pas survenir : nous voulons parler de l'ulcération. Celle-ci, parfaitement circonscrite ans les limites des plaques, présente des variétés d'étendue, de profondeur, de ouleur, etc., qu'il serait trop long de décrire ici. C'est vers la fin de l'iléon qu'on rouve ces altérations des plaques ; et lorsqu'elles sont nombreuses, c'est là qu'on n trouve la plus grande quantité ; lorsqu'il n'y en a que quelques-unes, c'est ncore là qu'on les rencontre, de sorte que leur siége est parfaitement déterminé. ous ne dirons qu'un mot sur la terminaison des ulcérations : tantôt elles se icatrisent, ce dont on s'est assuré par l'ouverture des corps, chez des sujets qui nt succombé à une période avancée de la maladie ; tantôt, mais bien rarement, l'in-estin est entièrement perforé, et les matières qu'il contenait donnent lieu, en 'épanchant, à une péritonite extrêmement aiguë. Dans un certain nombre de cas, n trouve les follicules de Brunner altérés de la même manière, et cela non-seule-ient dans la fin de l'intestin grêle, mais même dans le gros intestin.

Le premier degré de l'altération des plaques s'est montré dès le cinquième ou sixième jour (Bretonneau, Andral), ou au moins vers le septième ou le huitième ouis, Chomel). E. Boudet (1) a observé un cas de mort survenue en moins de six urs, et qui offrait des ulcérations intestinales profondes.

On trouve en outre, dans l'intestin grêle, des signes d'inflammation de la uqueuse ; mais ils sont loin d'être constants.

Les *glandes mésentériques* qui correspondent aux plaques affectées présentent issi des altérations notables ; elles sont gonflées, plus ou moins rouges, ramollies, souvent présentent une suppuration manifeste. Ce qui prouve que ces altéra-ons sont en rapport direct avec celles de l'intestin, c'est que les glandes sont d'au-int plus altérées qu'on se rapproche davantage de la valvule iléo-cæcale où les pla-ues sont le plus fortement atteintes ; que si celles-ci ne sont pas encore ulcérées, s ganglions mésentériques ne sont que ramollis, tandis que leur suppuration par oints jaunes disséminés, ou par petits foyers, correspond à l'ulcération des pla-ues. Enfin, lorsqu'il y a eu un mouvement rétrograde dans la lésion intestinale, i en trouve un semblable dans la lésion mésentérique.

La rate est altérée, tuméfiée, parfois considérablement ramollie, se réduisant i bouillie. On ne la trouve à l'état normal que lorsque les sujets ont succombé rt tard.

Des ulcérations dans le pharynx, dans l'œsophage, dans l'estomac, dans le gros

(1) E. Boudet, *Observation de la fièvre typhoïde* devenue mortelle en moins de six jours *lrch. gén. de méd.*, 4e série, 1846, t. XI, p. 161).

intestin; l'épaississement, le ramollissement de la muqueuse stomacale, des ganglions cervicaux, du foie, des reins, se montrent seulement dans un certain nombre de cas.

On trouve chez quelques sujets des pseudo-membranes dans les voies aériennes, sur l'épiglotte; chez d'autres, on voit un œdème de la glotte. La splénisation et l'hépatisation des poumons sont des lésions beaucoup plus fréquentes, mais peu étendues.

On voit sur la peau les traces des lésions indiquées dans la description des symptômes.

Quelquefois on trouve des fausses membranes minces sur l'arachnoïde et un certain degré de ramollissement du cerveau. J'ai indiqué plus haut la gangrène de la vessie.

[Il résulte de quelques travaux contemporains, notamment des ouvrages de Fritz (1) et de Chédevergne (2), que les centres nerveux sont atteints plus ou moins profondément dans la fièvre typhoïde, Chédevergne a surtout insisté sur l'anatomie pathologique du cerveau et de la moelle. Suivant cet auteur, trois états se montrent dans les centres nerveux frappés par la fièvre typhoïde: congestion périphérique avec sécrétion de sérosité, exhalations hémorrhagiques, exsudations plastiques inflammatoires. Non-seulement il y a congestion des méninges, mais on trouve souvent des caillots lamelliformes adhérents à la face viscérale de l'arachnoïde, sorte d'apoplexie méningée (principalement chez les enfants). Il existe aussi des taches *lactées* de l'arachnoïde. On a noté dans certains cas un ramollissement de la partie corticale du cerveau. Des lésions ont été rencontrées également sur les méninges rachidiennes.]

Quelle est la lésion caractéristique de la fièvre typhoïde? — Constamment la lésion caractéristique des glandes de Peyer est venue montrer qu'elle constitue réellement un caractère anatomique essentiel de la fièvre typhoïde.

Lombard et quelques médecins anglais ont, il est vrai, cité des cas nombreux dans lesquels manquait l'altération des glandes de Peyer; mais il est aujourd'hui démontré, et c'est un point que nous établirons plus loin (3), qu'il s'agissait, dans ces cas, d'une maladie particulière, différente de la fièvre typhoïde; et dans laquelle l'absence de lésion intestinale est un caractère négatif, tout aussi essentiel que celui dont nous venons de parler l'est d'une manière positive dans la maladie qui nous occupe. Chomel a constamment trouvé les plaques de Peyer altérées, il en est de même d'un grand nombre d'autres médecins.

§ VIII. — Rapports des lésions et des symptômes, nature de la maladie.

Si l'on analyse avec soin les observations, on trouve que, dans la très-grande majorité des cas, les lésions correspondent fort bien aux symptômes : ainsi nous voyons que les phénomènes abdominaux se montrent dès le commencement de la maladie, en même temps que les plaques commencent à s'altérer; que les symptômes généraux sont d'autant plus violents que les altérations intestinales sont

(1) *Étude clinique sur divers symptômes spinaux observés dans la fièvre typhoïde.* Paris, 1864.

(2) *De la fièvre typhoïde et de ses manifestations congestives, inflammatoires et hémorrhagiques,* thèse de la Faculté de médecine. Paris, 1864.

(3) Voy. article Typhus.

plus profondes et plus étendues ; que celles-ci prennent de l'accroissement à mesure que les symptômes généraux augmentent ; enfin, que de nouveaux symptômes locaux viennent correspondre au développement des nombreuses lésions secondaires qui ont été signalées plus haut. En est-il autrement dans les phlegmasies ordinaires ? Il est vrai que, dans quelques cas, on a vu des symptômes très-intenses correspondre à l'ulcération d'un petit nombre de plaques ; mais c'est ce que nous voyons encore dans les phlegmasies ordinaires, qui quelquefois donnent lieu aux phénomènes les plus violents, bien que la lésion locale soit peu étendue. Faut-il donc en conclure que la fièvre typhoïde n'est qu'une simple phlegmasie ? C'est ce qu'ont avancé les médecins qui lui ont donné le nom d'*entérite folliculeuse ;* mais elle s'éloigne de la plupart des maladies aiguës par sa durée généralement longue, parce qu'elle peut se propager par voie de contagion, et qu'elle n'atteint le même individu qu'une fois dans la vie. D'un autre côté, Louis fait remarquer qu'elle s'éloigne des affections éruptives par son développement généralement spontané, et parce que la lésion qui lui est propre a, dans la grande majorité des cas, plus de gravité et est plus en rapport avec les symptômes que celles qui caractérisent ces affections.

Enfin Louis, après une discussion approfondie, arrive à cette conclusion générale : « Elle diffère (la fièvre typhoïde) de toutes les maladies aiguës inflammatoires, éruptives ou non, par le caractère et le nombre des symptômes qui lui appartiennent, symptômes qui ne diffèrent que par le degré dans les cas graves et dans les cas légers ; par la double faculté qu'elle possède de pouvoir se développer spontanément et par contagion ; par les limites de l'âge après lequel on ne l'observe plus, tandis que les autres affections aiguës ont lieu à toutes les époques de l'existence, bien que dans des proportions variées ; par la constante régularité de la lésion qui lui est essentielle, et qui commence toujours par le même point, ce qui n'a pas lieu au même degré pour aucune autre affection ; par le nombre de ses lésions, et surtout par la tendance à l'ulcération ; nous ne dirons pas par l'état des liquides, puisqu'il est démontré que l'altération du sang n'a rien de propre, au moins d'après les faits connus jusqu'ici, à l'affection typhoïde. »

La fièvre typhoïde est une affection d'une nature particulière, et ce n'est qu'en forçant les analogies qu'on l'assimile, soit aux phlegmasies, soit aux fièvres éruptives

§ IX. — Diagnostic, pronostic.

Début. — Il est un grand nombre de cas où, dès les premiers jours, on peut soupçonner la nature de la maladie. En effet, si l'invasion a lieu subitement ; si aux phénomènes fébriles prononcés qui se manifestent sans causes appréciables, se joint une céphalalgie permanente avec éblouissements et vacillation dans la marche et la station, chez un sujet placé dans les conditions d'âge indiquées, surtout s'il habite depuis peu de temps une grande ville, et s'il y a lieu de croire qu'il n'a pas encore eu la fièvre typhoïde, il sera de toute probabilité qu'il est atteint de cette maladie. Ce soupçon acquerra plus d'importance si, à ces premiers phénomènes, on voit se joindre successivement, et dès le second ou le troisième jour, comme il arrive souvent, quelques-uns des autres symptômes qui sont communs à un moins grand nombre de maladies, tels que le dévoiement, la prostration, un commencement de stupeur et une ou plusieurs hémorrhagies nasales.

Si nous recherchons quelles sont les affections avec lesquelles la maladie pourrait être confondue à cette époque, nous trouvons d'abord la *courbature*, les diverses *fièvres éruptives* et la plupart des maladies aiguës commençantes, quand les symptômes locaux n'ont pas acquis une assez grande intensité pour rendre raison de la violence des symptômes généraux, et à plus forte raison, quand ils n'ont pas encore paru. Un examen attentif de tous les jours fait bientôt découvrir la lésion locale qui lève tous les doutes, et d'un autre côté, la fièvre typhoïde est toujours remarquable par la multiplicité de ses symptômes.

Le diagnostic entre la fièvre typhoïde et les *fièvres éruptives*, à la période d'invasion, est souvent difficile ; ce qui mettra le mieux sur la voie, c'est : dans la *rougeole*, le coryza et la bronchite ; dans la *scarlatine*, l'angine ; dans la *variole*, les douleurs lombaires, abdominales, pectorales, et dans toutes, l'absence des symptômes abdominaux qu'on trouve dans la fièvre typhoïde. [Ajoutez que, dans les fièvres éruptives, on observe avant les manifestations à la peau, une éruption de rougeurs ou de pustules à l'isthme du gosier.] Mais, nous le savons maintenant, les premiers symptômes peuvent manquer et les seconds exister, et il y a, par conséquent, toujours un certain nombre de cas très-obscurs. Remarquons, du reste, qu'il ne s'agit ici que des fièvres éruptives d'une assez grande intensité ; car dans les cas légers, les symptômes nerveux, la prostration, sont beaucoup moins prononcés que dans la fièvre typhoïde : la stupeur manque, ainsi que les symptômes abdominaux.

Quant à la *fièvre éphémère* ou *courbature*, elle peut donner lieu à des symptômes assez intenses, mais non aux phénomènes nerveux indiqués plus haut, et d'ailleurs, douze, vingt-quatre ou au plus trente-six heures suffisent pour dissiper les doutes.

Dans quelques cas, la fièvre typhoïde débute comme une *fièvre intermittente.* En pareille circonstance, il faut nécessairement attendre un certain temps pour se prononcer. Les symptômes caractéristiques de la fièvre typhoïde ne tardent ordinairement pas à se produire.

A une époque plus avancée de la maladie, dans la période moyenne, suivant la division de Chomel, on pourrait confondre la fièvre typhoïde avec une affection cérébrale ou méningienne, ou bien avec toute autre affection fébrile grave qui donne lieu à des symptômes cérébraux plus ou moins intenses. On sent qu'il serait impossible de passer en revue toutes ces maladies. C'est par un examen attentif de l'état de tous les organes et de toutes les fonctions qu'on arrive au diagnostic des affections abdominales, pectorales ou autres, qui simulent plus ou moins bien la fièvre typhoïde. A ce sujet, nous dirons un mot de l'*état typhoïde* dont on a tant parlé. Cet état typhoïde n'est autre chose que l'ensemble des phénomènes fébriles aigus que peuvent présenter des affections très-diverses. Ces phénomènes sont des symptômes communs et ce n'est pas sur eux que doit se fonder le diagnostic. Si on leur a donné le nom d'état typhoïde, c'est uniquement parce que l'affection typhoïde les présente en général à un plus haut degré que les autres affections aiguës. Mais ce qui distingue véritablement la fièvre typhoïde, c'est la marche de ces symptômes, c'est la stupeur et les phénomènes nerveux, alors même que la maladie ne semble pas avoir atteint un très-haut degré de gravité ; c'est la grande prostration dans les mêmes circonstances, c'est la grande fréquence de l'épistaxis, la présence des taches

rosées lenticulaires, les symptômes abdominaux, le météorisme, les sudamina. Si, en effet, on trouve quelquefois ces symptômes dans les autres affections, c'est dans les cas rares, et encore ne se montrent-ils pas réunis.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux *fièvres rémittentes* et *pseudo-continues*. Quant au *typhus nosocomial* et au *typhus fever*, nous aurons à nous expliquer sur ce point de diagnostic dans l'article suivant.

Il nous reste à donner le diagnostic de la fièvre typhoïde, de l'*entérite* et de la *fièvre simple continue*, et à nous assurer que leurs symptômes diffèrent, à toutes les époques, de ceux de la fièvre typhoïde.

Dans l'*entérite*, la diarrhée est plus considérable et cède avec une extrême promptitude; les douleurs de ventre sont également plus intenses et plus promptement enlevées. Il y a, dans un certain nombre de cas, du ténesme. Le météorisme manque presque constamment, et, s'il existe, il est léger et disparaît promptement. La rate n'est pas tuméfiée. Dans la majorité des cas, l'appétit n'est pas perdu. La langue est à peine blanchâtre. Le pharynx est à l'état normal. La céphalalgie n'existe presque jamais, et, dans le cas contraire, elle est légère. Pas de somnolence; intelligence intacte; pas de prostration, ni d'éblouissements, ni de spasmes, ni de bourdonnements d'oreille. Ouïe et vue à l'état normal. Ni épistaxis, ni sudamina, ni taches rosées lenticulaires. A peine quelques légers frissons dans quelques cas; peu ou point de chaleur. Pouls de 50 à 70 pulsations, rarement à 80. Durée de trois à quatre jours à partir de l'entrée des malades à l'hôpital. L'entérite attaque tous les âges; ne cause pas la mort. Nous n'avons pas besoin de rappeler les symptômes de la fièvre typhoïde pour montrer combien ils diffèrent. Nous les mettrons en regard de ceux que nous venons d'énumérer, dans le tableau synoptique.

Les signes diagnostiques de la *fièvre simple continue* ont été notés avec soin par J. Davasse (1). Nous indiquerons rapidement les principaux : Dans la fièvre simple continue, le pouls est plein, fréquent, d'une régularité parfaite à toutes les époques de la maladie; la chaleur de la peau n'est jamais âcre ni brûlante; pas de stupeur ni de prostration considérable; pas de taches rosées lenticulaires; langue seulement blanche ou jaunâtre; pas de fuliginosités; symptômes abdominaux nuls ou légers; frissons nuls ou rares et légers; début brusque; guérison sans convalescence.

Prus a exposé ainsi qu'il suit le diagnostic différentiel de la peste et de la fièvre typhoïde (2) :

« Dans la fièvre typhoïde il y a des prodromes, il n'y en a point dans la peste; dans la fièvre typhoïde il y a de la diarrhée, il n'y en a point dans la peste; dans la fièvre typhoïde il y a des taches lenticulaires, il n'y en a point dans la peste; dans la fièvre typhoïde, il y a du météorisme et du gargouillement dans la fosse iliaque droite, il n'y en a point dans la peste.

» Dans la peste il y a des bubons, les bubons sont très-rares et tout à fait exceptionnels dans la fièvre typhoïde; dans la peste il y a des pétéchies, elles sont rares dans la fièvre typhoïde; dans la peste il y a engorgement des ganglions lymphatiques de tout le corps, ecchymoses dans le péricarde, dans les plèvres, etc.; dans

(1) *Des fièvres éphémère et synoque*, thèse. Paris, 1847.

(2) *Rapport à l'Académie de médecine sur la peste* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1847, XII, p. 1042).

la fièvre typhoïde, engorgements des ganglions mésentériques seulement, accidentellement dans les autres parties; éruptions et ulcérations intestinales. »

Il me resterait maintenant à parler de certaines *phlébites*, de la *résorption purulente;* mais, dans la grande majorité des cas, le point de départ de ces maladies étant dans une blessure, une plaie quelconque, il n'y a pas d'erreur à craindre; et, pour les autres, il suffira de recourir à l'article INFECTION PURULENTE (1).

Enfin, ainsi que nous l'avons dit plus haut, il est des cas de *fièvre typhoïde latente*, et, dans quelques-uns de ces cas, quelle que fût leur bénignité apparente, on a vu survenir un accident mortel : la *perforation intestinale*. Il est évident que la plupart des symptômes manquant, ces cas offrent toujours de grandes difficultés. Cependant on peut arriver au diagnostic en tenant compte de la longue durée des symptômes; il faut soupçonner une fièvre typhoïde quand il y a un mouvement fébrile dont aucune lésion appréciable ne rend compte, quand il dure plus de huit ou dix jours, et cela quelque léger qu'il soit.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la fièvre typhoïde et de l'entérite simple.*

FIÈVRE TYPHOÏDE.	ENTÉRITE.
Diarrhée *médiocre; de longue durée.*	Diarrhée généralement *considérable; cède facilement à un traitement simple.*
Douleurs de ventre *peu intenses; durent longtemps.*	Douleurs de ventre *vives; cèdent promptement.*
Pas de ténesme.	Parfois *ténesme.*
Météorisme.	Météorisme *excessivement rare, toujours léger et de courte durée.*
Rate *tuméfiée; parfois douloureuse.*	Rate *normale.*
Anorexie.	Le plus souvent *appétit conservé.*
Langue *sèche, brune, fendillée,* etc.	Langue seulement *blanchâtre.*
Pharynx *offrant souvent des lésions.*	Pharynx normal.
Céphalalgie *constante.*	Céphalalgie *rare et légère.*
Prostration, somnolence; éblouissements, bourdonnements d'oreille; spasmes, épistaxis.	*Aucun de ces symptômes.*
Taches rosées lenticulaires, sudamina.	*Absence de ces symptômes.*
Appareil fébrile *plus ou moins intense.*	Appareil fébrile *nul ou très-léger.*
Durée toujours *plus ou moins longue.*	Durée rendue *très-courte* par un traitement simple.
Mortalité toujours *notable.*	Mortalité *nulle.*

2° *Signes distinctifs de la fièvre typhoïde et de la fièvre simple continue.*

FIÈVRE TYPHOÏDE.	FIÈVRE SIMPLE CONTINUE.
Pouls à une époque avancée, *petit, faible, parfois intermittent.*	Pouls toujours *plein et régulier.*
Chaleur souvent *âcre, brûlante, pénible pour le malade.*	Chaleur *médiocre, douce, non pénible pour le malade.*
Stupeur, prostration, taches rosées lenticulaires.	*Aucun de ces symptômes.*
Langue *ut suprà.*	Langue *ut suprà.*
Symptômes abdominaux *notables.*	Symptômes abdominaux *nuls ou légers.*
Frissons initiaux.	Frissons *nuls ou rares et légers.*
Début *progressif.*	Début *brusque.*
Convalescence *plus ou moins longue.*	Convalescence *nulle.*

(1) Voy. article PHLÉBITE.

Pronostic. — Si la fièvre typhoïde est une maladie grave; la mortalité est notable. Mais les cas de fièvre typhoïde se présentent avec un appareil de symptômes si variable sous le rapport de la gravité, que cette proposition générale n'a qu'une faible importance, et qu'il faut nécessairement descendre dans les détails.

Une diarrhée abondante et persistante, des selles involontaires annoncent une assez grande gravité de l'affection. Les hémorrhagies intestinales offrent plus de danger encore. Le météorisme très-considérable est un symptôme fâcheux. Il en est de même de la dysphagie, de la somnolence et du délire qui se manifestent à une époque voisine du début; une certaine perversion de l'intelligence qui fait dire aux malades qu'ils vont bien; des spasmes, et surtout de la contraction permanente des membres. L'extrême prostration, l'apparition de l'érysipèle, les eschares de la peau sont aussi d'un augure fâcheux.

Parmi les symptômes qui viennent d'être énumérés, il n'en est pas de plus graves que les spasmes et les contractures; mais ceux-là même n'annoncent pas nécessairement une terminaison funeste; et, d'un autre côté, on voit des individus qui n'ont pas offert ces derniers symptômes, et qui n'ont présenté les autres qu'à un faible degré, succomber au bout d'un temps plus ou moins long. Il n'est pas de maladie aiguë dans laquelle on doive être plus réservé dans le pronostic.

[Sous le nom de *réversion* ou rechute dans la fièvre typhoïde, Michel (1) décrit les accidents qui reproduisent une maladie en tout semblable à la première, et qui peuvent survenir après un temps variable de convalescence ou de guérison. En général, la durée de la réversion est moins longue et les symptômes sont moins graves que dans la fièvre typhoïde primitive.]

Lorsque le pouls devient filiforme, très-fréquent, misérable; qu'il est intermittent et inégal; que la prostration est extrême, la somnolence continuelle et l'intelligence abolie, la mort est imminente.

Le pronostic est moins grave avant l'âge de quinze ans qu'après cet âge. C'est ce qui résulte des recherches de H. Taupin, Barthez et Rilliet.

§ X. — Traitement.

Émissions sanguines. — Nous devons d'abord nous occuper des *émissions sanguines modérées*, telles que les conseillaient Chomel et Louis avant ces dernières années. Il résulte des faits recueillis par le dernier de ces auteurs, que l'influence de la *saignée modérée* est très-limitée, et que néanmoins quelques malades en éprouvent du soulagement. Quelques médecins, et en particulier Delarroque (2), ont avancé que la saignée produit toujours de mauvais effets dans la fièvre typhoïde; mais rien ne prouve l'exactitude de cette assertion. Presque tous les praticiens admettent seulement que les saignées trop abondantes peuvent être nuisibles; Bouillaud est d'un avis tout opposé. Lorsqu'il y a une céphalalgie très-vive ou une douleur violente à l'épigastre ou dans l'abdomen, beaucoup de médecins ont l'habitude d'appliquer quelques *sangsues* au cou ou sur les points douloureux. Dans un

(1) Michel, thèse de la Faculté de médecine. Paris, 1864.
(2) *Traité de la fièvre typhoïde*. Paris, 1847.

certain nombre de cas, ce moyen produit du soulagement; mais rien ne prouve qu'il ait la moindre action sur la durée et sur l'issue de la maladie.

Saignées coup sur coup. — Bouillaud a, dans plusieurs écrits (1), préconisé les saignées coup sur coup, suivant la formule qu'il met en usage dans la pneumonie et dans le rhumatisme articulaire aigu. Il a cité un grand nombre de succès, mais il a mis de côté les cas désespérés ou qui lui paraissaient tels, ce que personne ne fait. De plus, parmi les cas de fièvre typhoïde traités par lui, il s'est glissé quelques affections étrangères et d'une guérison assurée. Or, est-il étonnant que, dans de semblables conditions, on ait une mortalité moindre? Ajoutons qu'il résulte des recherches de J. Davasse, que ces cas de fièvre typhoïde jugulée en quelques jours, et dont on a tant parlé, ne sont autre chose que des *fièvres simples continues*, dont la guérison a lieu naturellement du septième au huitième jour, et nous saurons à quoi attribuer cette faible mortalité et cette courte durée de la maladie annoncées par Bouillaud.

Forget (2) était partisan des émissions sanguines; mais il distinguait les cas : il n'employait la saignée générale, avec une assez grande abondance, que dans la forme inflammatoire (car il admettait aussi des formes dans lesquelles il puisait ses indications). Il voulait qu'on fût sobre de la saignée dans la plupart des circonstances et, en outre, il se contentait de formuler des propositions sans analyser les faits.

Il résulte de ce qui précède que rien ne prouve que la saignée ait la grande efficacité qu'on lui a attribuée, et que la saignée modérée n'a qu'une faible action.

Vomitifs, purgatifs. — Nous ne remonterons pas, pour étudier l'emploi des évacuants, au delà de l'époque où Delarroque a préconisé ces moyens contre la fièvre typhoïde. Cette médication était en usage depuis longtemps, et Delarroque reconnaît lui-même qu'il a puisé l'idée de son traitement dans les écrits de quelques auteurs des derniers siècles, et principalement dans Stoll; mais si l'on peut puiser dans ces écrits de semblables inspirations, on ne peut pas s'autoriser des faits qu'ils contiennent ou qui y sont signalés pour juger de l'efficacité des remèdes. N'ayons donc égard qu'à ceux qui ont été recueillis depuis l'époque où le diagnostic de la fièvre typhoïde est bien établi. Il y a quelques années, Beau publia les résultats obtenus par l'emploi des évacuants dans le service de Delarroque à l'hôpital Necker, et trouva que la mortalité avait été d'un dixième seulement. Delarroque, peu de temps après, fit connaître les mêmes faits (3), et il y a vingt ans (4) publia un ouvrage principalement destiné à démontrer que la fièvre typhoïde est due à l'altération de la bile, et que la méthode évacuante a une supériorité marquée sur toutes les autres. Delarroque ne nous a pas donné une analyse exacte de ses observations [et son livre est sans valeur].

Piédagnel et Andral ont mis en usage les purgatifs. Dans les cas cités par le premier, la mortalité a été d'un septième environ, et dans ceux qu'a rapportés Andral elle a été d'un sixième.

(1) *Clinique de l'hôpital de la Charité*. Paris, 1837, t. I, p. 353. — *Philosophie médicale*. Paris, 1836.

(2) *Traité de l'entérite folliculeuse*. Paris, 1841.

(3) Voyez le rapport d'Andral à l'Académie de médecine et la discussion à laquelle il a donné lieu (*Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1837, t. I, p. 482).

(4) *Traité de la fièvre typhoïde*. Paris, 1847.

Il résulte des observations de Louis et Barth : 1° que l'action du purgatif est bien loin d'être pernicieuse, comme le pensait l'école physiologique ; 2° que très-probablement même elle a une heureuse influence sur l'issue de la maladie ; nous disons seulement sur l'issue, car, dans les cas observés dans le service de Louis, il y a eu cela de remarquable, que la durée de la maladie a été un peu plus longue, bien que le nombre des sujets guéris ait été plus grand.

Les vomitifs et les purgatifs sont administrés de la manière suivante. Le premier jour on donne le *tartre stibié* ou l'*ipécacuanha* à dose vomitive ; les jours suivants, on administre soit une bouteille d'*eau de Sedlitz*, soit de 35 à 50 grammes d'*huile de ricin*, soit 50 à 60 centigrammes de *calomel*. Un de ces purgatifs doit être donné chaque jour, et si on les fait alterner, c'est uniquement pour ne pas fatiguer les malades ; car l'essentiel est de purger. Louis n'a pas donné de vomitif ; il n'a administré que l'eau de Sedlitz à la dose d'une bouteille ou d'une demi-bouteille, quelquefois d'un seul verre, s'arrêtant même si les selles devenaient trop nombreuses. Si les symptômes gastriques persistent et sont très-marqués, il ne faut pas, suivant Delarroque, hésiter à revenir au vomitif. Nous avons donné, dans un certain nombre de cas, des vomitifs répétés ; malheureusement les faits qui ont été recueillis n'ont pas pu encore être analysés ; mais nous pouvons dès à présent dire si ce moyen a les inconvénients qu'on lui a reprochés.

D'abord l'influence du tartre stibié ou de l'ipécacuanha sur l'estomac n'est nullement fâcheuse. Non-seulement elle ne produit pas la gastrite, comme le craignait Broussais, mais encore il est remarquable que, chez des sujets qui ont pris huit ou dix fois un vomitif en quatorze ou quinze jours, dès que la convalescence se déclare, l'appétit est très-vif et les digestions se font très-bien. Dans un cas seulement, nous avons vu des vomissements fréquents se produire et persister pendant trente-six heures environ, après la suspension des vomitifs ; mais, au bout de quelques heures, ils avaient notablement diminué, et bientôt il ne restait aucune trace de cet accident.

On a reproché aux purgatifs de produire l'hémorrhagie intestinale. Il est évident aujourd'hui qu'on avait été trompé par des coïncidences. Dans le nombre très-considérable de fièvres typhoïdes traitées par ce moyen, l'hémorrhagie intestinale s'est rarement montrée.

Nous avons vu l'hémorrhagie nasale provoquée par les efforts de vomissement ; mais l'application de quelques compresses d'eau fraîche suffisait pour l'arrêter.

Toniques. — Il résulte des observations de Louis et de Chomel, que les toniques ont une action favorable dans les cas où la faiblesse est très-grande. « Les circonstances, dit Louis (1), les plus favorables à l'action des toniques sont... un pouls très-calme, puis de moins en moins accéléré, une diarrhée légère, l'absence du météorisme, » quelle que soit d'ailleurs la faiblesse. Cependant il ne faut pas négliger d'administrer ces médicaments, dans les cas où l'adynamie profonde se joint à l'accélération du pouls et aux autres symptômes indiqués.

Les *toniques* le plus ordinairement mis en usage sont : l'*extrait sec de quinquina*, à la dose de 4 à 8 grammes dans une potion ; l'*infusion froide de quinquina*, pour

(1) *Recherches anatomiques, pathologiques et thérapeutiques sur la fièvre typhoïde*. Paris, 1841, t. II, p. 477.

boisson ; les *lavements avec une forte décoction de quinquina ;* le *sulfate de quinine* à la dose de $0^{gr},50$ à 1 gramme. [Le docteur Pécholier, de Montpellier (1), rapporte des exemples 1° de fièvres typhoïdes simples contre lesquelles le quinquina n'a exercé aucune action spécifique ; 2° de fièvres typhoïdes compliquées de fièvre rémittente à quinquina, et qui ont été heureusement amendées par cette médication ; 3° de fièvres mal définies ayant des symptômes communs aux deux maladies, et qui ont été *jugulées* par le quinquina. Toutes ces observations ont été recueillies dans le midi de la France. Il n'a pas été, jusqu'ici, fait d'observation semblable à Paris.] Les Anglais administrent le vin de Porto, de Xérès ou le *porter ;* mais c'est principalement dans le *typhus fever* qu'ils agissent ainsi, et je n'insiste pas sur ce point.

On a généralement abandonné l'usage des *stimulants*, des *excitants généraux*, et comme, d'un autre côté, nous n'avons rien à dire en faveur de ces moyens, nous passerons outre.

Narcotiques. — Parmi les narcotiques, il n'en est qu'un seul qui mérite d'être mentionné : c'est l'*opium.* Cette substance est principalement utile, d'après les faits que nous connaissons, dans les cas de *perforation intestinale.* Stokes, Graves (2), Louis, Griffin, ont rapporté des faits en faveur de cette médication dans ces cas si graves.

L'opium, en pareil cas, est administré à doses très-élevées par les médecins anglais ; car ils ont été jusqu'à donner *cinq centigrammes de cette substance toutes les heures* pendant plusieurs jours. Louis a vu, dans un cas, *deux décigrammes de morphine* dans les vingt-quatre heures suffire pour arrêter la maladie. Stokes (de Dublin) a donné la *teinture d'opium* à la dose de 60 gouttes dans les vingt-quatre heures.

Louis (3) a administré l'*opium contre les symptômes nerveux*, et en particulier contre les soubresauts des tendons et contre le délire. Ces symptômes ont diminué promptement et ont cessé en peu de jours. Les cas dans lesquels ce moyen a été employé étaient médiocrement graves, mais ce résultat n'en est pas moins remarquable ; il doit dissiper les craintes qu'inspire l'opium dans les cas où il y a des symptômes cérébraux, et engager les médecins à le mettre en usage dans les cas graves. On donne le sirop d'opium à la dose de 30 grammes.

L'*eau de Seltz*, les *chlorures*, les *acides*, ne méritent qu'une simple mention. Quant au *sulfate de quinine*, proposé par Broca, de Saint-Laurent (4) a démontré, par l'analyse des faits, que ce médicament a des inconvénients sans avoir l'utilité qu'on lui attribue. Worms (5), conduit par la théorie à se servir de ce médicament, lui a reconnu de bons effets. Ceci m'amène à parler du traitement employé par ce médecin. 1° Au début, *symptômes d'intensité moyenne.* Après s'être assuré que le malade a été à la selle, tartre stibié 10 centigrammes, et quelques heures après le

(1) Pécholier, *Étude sur la fièvre typhoïde* (*Montpellier médical*, octobre, novembre 1863 et janvier 1864).

(2) Graves, *Leçons de clinique médicale*, traduction de Jaccoud. Paris, 1863.

(3) *Loc. cit.*, t. I, p. 453.

(4) *Arch. gén. de méd.*, 3e série, 1842, t. XV, p. 5.

(5) *Loc. cit.*

vomitif, 80 centigrammes de sulfate de quinine dans une potion; infusion de tilleul. 2° Si la *réaction* est plus forte, s'il y a du délire, deux potions à 60 centigrammes de sulfate de quinine à six ou sept heures de distance l'une de l'autre; deux potions de nitrate de potasse à 4 grammes chacune, avec 5 décigrammes de camphre, et prises par cuillerées d'heure en heure; infusion de tilleul. Le lendemain, si la langue est saburrale s'il y a des nausées, si la nuit a été calme, un vomitif et le sulfate de quinine. On continue ainsi à donner le sulfate de quinine, en diminuant les doses et les fractionnant s'il existe des accidents pectoraux; on administre en outre, dans ce cas, deux potions dans les vingt-quatre heures, avec camphre 5 décigrammes, oxyde blanc d'antimoine 2 grammes, une petite quantité de vin. Si l'engorgement pulmonaire devient plus prononcé, le pouls plus fréquent et plus faible, on ajoute 5 ou 10 centigrammes de tartre stibié à la potion, et l'on augmente la dose de vin. Ce traitement, modifié légèrement quelquefois selon les indications, telles que de donner le sulfate de quinine à une dose élevée en raison inverse de l'intensité de la maladie, est le seul qu'emploie Worms; il a pu ainsi non-seulement guérir un grand nombre de malades, mais aussi *enrayer* la maladie et amener une terminaison rapide.

Des vingt malades cités dans la thèse de Guipon (de Laon), dix-neuf ont guéri; le vingtième a succombé à la suite de la laryngotomie, pratiquée pendant la convalescence. Chez un grand nombre, la maladie n'a pas dépassé le douzième jour.

Cette médication est, comme on le voit, très-complexe, de sorte que c'est seulement après l'avoir employée de la même manière que l'auteur, qu'on pourra se faire une juste idée de sa valeur; aussi ne peut-on pas en tirer une conclusion rigoureuse, relativement à l'action du sulfate de quinine administré seul.

De l'analyse des faits rapportés par Blache et Briquet (1), il semblerait résulter que le sulfate de quinine a eu pour effet le ralentissement du pouls, l'abaissement de la température et la diminution des troubles cérébraux, mais qu'il n'a pas diminué pour cela le chiffre de la mortalité.

Sulfure de mercure. — Serres (2) se fondant sur la ressemblance qu'il a trouvée entre la fièvre typhoïde et la variole, ressemblance qui est bien loin d'être démontrée, a proposé le traitement abortif par le *sulfure noir de mercure*, à l'intérieur, et les frictions avec la *pommade mercurielle* sur l'abdomen. On fait les frictions tous les jours avec 8 ou 10 grammes de pommade mercurielle; quant aux pilules de sulfure de mercure, on les prescrit tous les deux jours. En voici la formule :

℞ Éthiops minéra	1 gram.	Sirop simple	q. s.
Poudre de gomme adragant.	50 centigr.		

F. s. a. 4 pilules. Dose : de quatre à six tous les deux jours.

Le docteur Cambrelin, de Namur (3), a rapporté dix cas de guérison par la méthode de Serres, mais ce nombre est bien faible quand il s'agit du traitement d'une maladie comme la fièvre typhoïde.

(1) *Union médicale,* 3 novembre 1853.
(2) *Ibid.*, 12 août 1847.
(3) *Ibid.*, 4 avril 1850.

Becquerel (1) a également cité des cas de guérison par ce moyen. Je me contente d'indiquer ces faits, qui auraient besoin d'être multipliés pour entraîner la conviction; car la gravité de la fièvre typhoïde est bien différente suivant les époques où l'on observe, et il est à remarquer que précisément au moment où ces faits ont été recueillis, elle était généralement peu grave.

Enfin nous mentionnerons le travail de Taufflieb (2) sur l'emploi du *calomel*, considéré par cet auteur à la fois comme purgatif et comme médicament mercuriel. La question nous paraît encore bien loin d'être résolue en faveur des mercuriaux. Nous en dirons autant à propos de recherches de Latour (3) qui, ayant observé à Damas, a cité onze cas de guérison, sur douze malades chez lesquels ce médicament a été employé à *doses fractionnées.*

Hydrothérapie. — On trouve dans plusieurs ouvrages sur l'hydrothérapie (4) un certain nombre d'observations de fièvres typhoïdes guéries après avoir été traitées par l'hydrothérapie; mais ces faits sont trop peu nombreux pour qu'on puisse en tirer aucune conclusion. En 1853, nous avons observé quelques malades à qui on faisait des *lotions froides* sur tout le corps deux fois par jour. Les malades éprouvaient du bien-être après les lotions, qui ne déterminaient pas d'accidents. C'est un point à étudier.

Eau froide intùs et extrà, et saignées initiales. — Leroy, de Béthune (5), vante les bons effets d'un traitement particulier qu'il importe d'exposer avec quelques détails : au début de la maladie, il *saigne* le malade, et les émissions sanguines sont proportionnées à l'âge, au tempérament, à la constitution du sujet; mais on doit les cesser après le premier septénaire et y joindre *immédiatement* la *réfrigération continue* qu'on exécute de la manière suivante : un linge plié en plusieurs doubles est trempé dans l'eau la plus froide possible, faiblement tordu et appliqué ensuite sur le ventre qu'il recouvre entièrement, et où il est maintenu par une serviette formant ceinture, qui doit être renouvelée assez souvent, pour que le malade ne soit pas trop mouillé aux parties du corps où l'application du froid n'est pas nécessaire.

Le linge mouillé doit être plongé dans l'eau et remis en place aussitôt qu'il s'échauffe; à mesure que la chaleur diminue, on renouvelle les fomentations moins fréquemment. L'eau froide pour boisson et trois demi-lavements avec de l'eau simple complètent le traitement, que l'auteur engage à ne pas cesser *sous aucun prétexte* dès qu'il est commencé, et qui dans certains cas doit être continué assez longtemps.

Pendant trois ans, Leroy a employé ce traitement concurremment avec les purgatifs et a eu 6 décès sur 44 cas; le même traitement, employé seul pendant quatre ans, a donné à l'auteur 126 cas de guérison chez 132 malades.

Je n'ai pas obtenu les mêmes succès : 14 fois sur 25 nous avons dû cesser le

(1) *Bull. de l'Acad. de méd.*, 10 septembre 1850, t. XV, p. 1097.

(2) *Du traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs mercuriels* (*Bull. gén. de thérapeutique*, t. XL, février et mars 1851).

(3) *Union médicale*, 3, 6 et 8 janvier 1851.

(4) Voyez ceux de Baldou, Scoutetten, Schedel, Munde, Fleury.

(5) Valleix, *Union médicale*, 28 octobre 1852.

traitement parce que la mort était imminente. L'influence épidémique est-elle pour quelque chose dans ces insuccès, ou bien, comme le dit Leroy, des lotions d'eau froide ajoutées au traitement ont-elles pu expliquer la différence énorme des résultats? C'est ce que des observations nouvelles nous apprendront.

[Le traitement par l'enveloppement du malade dans des draps mouillés a été préconisé depuis longtemps par Gendrin, et est aujourd'hui employé par un grand nombre de médecins. Lorsqu'il y a de la stupeur, une grande dépression des forces, avec sécheresse de la peau et suppression des sécrétions, congestion pulmonaire ou encéphalique, le traitement par l'eau froide amène quelquefois une stimulation et une réaction salutaires. Le traitement externe est du reste le seul que l'on puisse employer chez un certain nombre de malades qui se refusent à prendre des boissons et encore plus à avaler des médicaments.]

Rayer administre des *bains simples* tous les deux jours après le second septénaire de la fièvre typhoïde. D'après un travail d'Hervieux (1), ces bains ont toujours procuré du soulagement et n'ont jamais eu d'inconvénients.

Vésicatoires. — Il résulte des observations de Louis que, sans avoir aucune action favorable, les vésicatoires tendent à produire des eschares; il faut donc les abandonner.

Quelques médecins ont proposé l'*expectation*, pendant laquelle on n'a recours qu'à des *soins hygiéniques;* mais c'est supposer que les remèdes n'ont aucune action, ce que nous ne pouvons admettre d'après ce qui a été dit plus haut.

Il est beaucoup de médecins qui, sans adopter exclusivement aucun des moyens précédents, mettent en usage un plus ou moins grand nombre d'entre eux, suivant les circonstances. Ainsi, dans les cas graves, ils ont recours à une saignée, à une application de sangsues, à quelques laxatifs, aux boissons acidules, aux lavements huileux ou émollients; et, dans les cas légers, ils se contentent de boissons acidules et de lavements, ce qui n'est guère que l'expectation. C'était là à peu près le traitement employé par Chomel, et la mortalité fut grande. Les fièvres typhoïdes qu'il traitait alors étaient-elles plus graves?

Traitement des symptômes. — Dans une affection dont les symptômes sont si nombreux et si pénibles, on doit avoir égard au plus grand nombre d'entre eux, sans toutefois ne voir que des symptômes isolés, ce qui est une exagération singulière. *Contre le vomissement* on donne des boissons gazeuses, l'opium, les lavements laudanisés, et même la glace. Il est rare qu'il faille arrêter la *diarrhée;* mais si les selles étaient par trop abondantes, on aurait recours aux moyens employés contre l'entérite simple. Dans les cas où elle persiste pendant la convalescence de l'affection, Aran (2), suivant l'exemple de Monneret, a employé avec succès le *sous-nitrate de bismuth*, à la dose de 10 grammes par jour.

On a proposé *contre le météorisme*, les *frictions avec l'huile d'anis* ou *de camomille*, les *lavements froids et vinaigrés*, la *glace sur l'abdomen*, etc. ; ces moyens échouent presque constamment. Il est bien rare que l'*épistaxis* soit inquiétante; s'il en était ainsi, il faudrait recourir au traitement de cette hémorrhagie (3). Il

(1) *De l'emploi des bains et de leur utilité dans le traitement de la fièvre typhoïde* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, t. XVIII, p. 25).

(2) *Bull. gén. de thérapeutique*, 15 avril 1851.

(3) Voy. article ÉPISTAXIS.

faut avoir soin de tenir la vessie vide, à l'aide de la sonde, dans les cas de *rétention d'urine.* On doit par tous les moyens possibles (position variée, emplâtres de diachylon, coussins, etc.), chercher à prévenir les *eschares* en protégeant les parties avec des linges fins et secs, et, s'il y a déjà un suintement, les saupoudrer avec l'amidon, la poudre de lycopode; lorsque les eschares existent, il faut les panser avec soin, au moins deux fois par jour, avec le *cérat saturné.*

Précautions générales. — Les malades doivent être tenus au lit, légèrement couverts.

La température de l'appartement doit être peu élevée, douce, et il faut renouveler l'air assez fréquemment. Suivant Piedvache (1), c'est là le vrai moyen de s'opposer à la contagion.

On doit donner des boissons abondantes, et rechercher celles qui sont le plus agréables aux malades, les excitants trop énergiques exceptés.

Administrer des lavements émollients.

Entretenir surtout un très-grande propreté autour des malades; les changer de position aussi souvent que possible.

[Le régime alimentaire des malades atteints de la fièvre typhoïde doit occuper une place importante dans le traitement. On a beaucoup exagéré les dangers d'une alimentation prématurée et des indigestions. Sans doute dans la période ascendante de la maladie les boissons suffisent et les aliments solides ne pourraient être digérés.

Il est encore vrai de dire que c'est dans la convalescence qu'il faut le plus soigner le régime, parce que des perforations intestinales peuvent survenir alors que les ulcérations en voie de cicatrisation sont faciles à rompre. D'autre part on a trop longtemps méconnu les signes d'inanition qui viennent se montrer avant la terminaison de la maladie et appellent un remède unique qui est l'alimentation. Un redoublement de fièvre avec amaigrissement rapide, sécheresse de la peau, acidité de la salive, délire, vomissements des liquides, tels sont les signes de l'inanition, de la *dyspepsie des liquides* (Chomel). Il y a alors *autophagie*, et si l'on méconnaît l'appel fait par l'organisme, la mort ne tardera pas à survenir. Chossat a étudié ces faits physiologiquement, Bretonneau en a démontré dans la pratique la réalité; Trousseau s'exprime ainsi : « La convalescence de la fièvre typhoïde est quelquefois entravée par des troubles gastriques qui, si l'on n'y fait pas une grande attention, peuvent tromper les médecins, parce qu'ils paraissent indiquer une intervention thérapeutique tout opposée à celle qui est réellement utile. Ce sont les vomissements et la diarrhée qui se manifestent surtout chez les individus exténués par l'abstinence. La plus petite dose des aliments liquides, les tisanes, sont aussitôt rejetées par la bouche, et le nombre des évacuations alvines augmente notablement... La température du corps s'abaisse notablement. Dans la pensée que les forces de l'estomac sont insuffisantes, on donne au malade du lait coupé, des bouillons de poulet, etc., et les troubles augmentent. Le meilleur moyen de combattre ces accidents est, au contraire, de donner des aliments solides, de la viande grillée, rôtie, des boissons fermentées... Sous l'influence de ce régime, le tube digestif reprend peu à peu ses habitudes, et digère bientôt comme auparavant; les vomissements s'arrêtent, et la diarrhée cède pro-

(1) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1850, t. XV, p. 239.

gressivement (1). » Le docteur Marrotte insiste beaucoup sur la fréquence de l'inanition dans le cours des maladies aiguës, surtout dans la fièvre typhoïde.]

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines modérées; saignées coup sur coup; vomitifs, purgatifs; toniques; stimulants, excitants généraux; narcotiques; mercuriaux; eau de Seltz, chlorures, acides; hydrothérapie; saignée et réfrigération; expectation; traitement des symptômes; précautions générales.

ARTICLE IV.

TYPHUS ET TYPHUS FEVER.

§ I. — Considérations générales.

[Le typhus est une fièvre pestilentielle, qui paraît avoir sévi sur différents points du monde ancien, depuis la plus haute antiquité. Cette maladie règne épidémiquement et endémiquement; elle est profondément infectieuse et contagieuse; elle atteint surtout les hommes rassemblés en grand nombre dans des espaces restreints, et vivant dans des conditions insalubres; aussi sévit-elle principalement sur les camps, les villes assiégées, les navires et les prisons. Importé par un ou plusieurs malades qui forment un noyau d'infection, le typhus rayonne et devient rapidement épidémique dans les lieux où il est introduit. Ce rayonnement est souvent limité, quelquefois il s'étend au loin. Parfois c'est une épidémie rapide qui passe, fait de nombreuses victimes et disparaît. Ces épidémies font époque, elles ont leurs historiens. Telles sont les épidémies de typhus décrites en 1505 et 1528 par Fracastor, sous le nom de *fièvre pétéchiale épidémique ;* en 1556, par les auteurs allemands, sous le nom de *morbus Hungaricus.* En 1580, Pierre de Castro, à Vérone; en 1623, Rivière, à Montpellier; en 1643, Willis, à Oxford; en 1692, Ramazzini, et en 1699, Hoffmann, décrivirent de semblables épidémies. Au XVIIIe siècle, Serink, Lecat, Haen firent des observations identiques. Les grandes guerres du commencement de notre siècle furent un puissant moyen de faire naître et de propager le typhus. Pinel, Geoffroy, Laugier, Rasori, Pringle, Frank, et une foule d'autres auteurs écrivirent à cette époque sur le typhus. On consultera avec profit l'excellent livre de Borsieri (*Instituts*) sur cette question. Parmi nos contemporains on doit citer Forget (2), Baudens, Michel Lévy, Godelier, Cazalas, Marroin, et Barrallier (de Toulon), auteur d'un *Traité complet du typhus* (3). Bien des générations ont ignoré le typhus ou ne l'ont connu que comme un fait lointain. C'est dans ces périodes de répit qu'on a vu des médecins suspecter l'intelligence des anciens auteurs, et soutenir que le typhus n'était pas autre chose que la fièvre typhoïde. C'est d'ordinaire la clinique, c'est-à-dire l'observation au lit du malade, qui doit juger de semblables questions. A notre époque, pendant une longue période

(1) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition. Paris, 1865.

(2) *Preuves cliniques de la non-identité du typhus et de la fièvre typhoïde* (*Gazette médicale de Paris*, 1855, nos 42-43).

(3) Barrallier, *Du typhus épidémique et Histoire épidémique des épidémies de typhus observées au bagne de Toulon*, in-8. Paris, 1861.

de temps, le typhus ne s'est pas montré dans les grands centres d'études médicales. On n'a guère entendu parler pendant longtemps du typhus que par des hommes qui ne l'avaient pas vu, et qui soutenaient, quelquefois avec l'approbation des corps savants, que le typhus et la fièvre typhoïde n'étaient qu'une seule et même maladie, dont le typhus était peut-être la plus haute expression. Cette manière de voir, que quelques personnes appellent philosophique, avait encore cours lorsqu'est survenue la guerre de Crimée, qui a permis aux chirurgiens d'armée de voir le typhus épidémique, et de puiser à une source malheureusement trop féconde.

Avant cette époque, et depuis une vingtaine d'années, les médecins anglais, allemands, suédois, russes, américains, ont publié un grand nombre de travaux sur le *typhus fever* ou le *darm typhus*, ou le *hunger typhus*. Il est aujourd'hui démontré que sous ces différentes dénominations ces auteurs ont décrit le typhus et non pas la fièvre typhoïde. Sans doute la maladie subit quelques modifications suivant la latitude où elle sévit, et emprunte quelque chose de particulier au milieu dans lequel elle se développe. Cette maladie peut être endémique et d'une bénignité relative, elle peut se montrer à l'état épidémique et faire de grands ravages en peu de temps, la durée en peut être plus ou moins longue; mais ce ne sont point là des différences radicales. Il y a un certain nombre de pays où le typhus et la fièvre typhoïde sévissent en même temps, et où il existe pour ainsi dire des épidémies mixtes. Ces épidémies ont été observées et bien décrites à Pétersbourg et à Stockholm. Le plus remarquable travail qui ait été fait sur ce genre d'épidémie est celui du docteur Magnus Huss (1). Les auteurs qui ont décrit l'une et l'autre maladie sévissant parallèlement appellent le typhus vrai, *typhus pétéchial*, et la fièvre typhoïde, *typhus abdominal*, et ne confondent point l'une avec l'autre ces deux formes distinctes qui ont quelques points de contact dans les climats du Nord, mais qui s'éloignent beaucoup l'une de l'autre dans notre climat.

Nous décrirons donc le typhus et le typhus fever comme une seule et même affection très-différente de la fièvre typhoïde de notre pays.

§ II. — Nature et causes de l'affection.

On peut dire du typhus, comme de la peste, du choléra, de la fièvre jaune, que nous devons nous contenter d'en bien étudier la marche, le développement et le mode de propagation, de connaître les conditions dans lesquelles on les a observés, mais que nous devons surseoir à un jugement définitif sur leur nature intime. A quoi nous conduit l'étude de l'anatomie pathologique et de la chimie animale, telles qu'on les pratique dans les écoles du nord de l'Europe? A cette définition insuffisante et pleine d'hypothèses que donne un savant médecin suédois, le docteur Magnus Huss : « Le point de départ du typhus, en tant du moins qu'il est accessible à notre compréhension, semble résider dans une altération du sang d'espèce particulière. Les *caractères chimiques de cette altération* sont : diminution de fibrine; augmentation de la quantité de divers sels inorganiques, surtout du carbonate de soude. Cette altération du sang vient comme conséquence de ce que l'organisme a recueilli un élément étranger, quelquefois un miasme, quelquefois

(1) *Observations recueillies à l'hôpital Séraphin, de Stockholm*. Paris, 1855.

un *contagium*, quelquefois un poison véritable,.... par la respiration ou la digestion.... »

Les auteurs anciens étaient mieux à l'aise pour s'expliquer sur l'essence de ces affections ; ils n'étaient point gênés par les difficultés que soulève, sans les résoudre, la science de nos jours, et ils pouvaient dire, sans prétention, comme Borsieri : « J'avoue ignorer ce qu'est ce principe qui infeste l'air et erre d'un côté et d'autre, ou qui se développe sur les malades, se fixe sur les personnes voisines et engendre la contagion..... Mon esprit incline cependant à croire que ce principe est un miasme particulier, subtil et volatil.... Ce miasme, ayant pénétré dans les humeurs, ou s'y étant développé d'une façon quelconque et circulant avec elles, possède la faculté de se multiplier et de se propager à l'instar d'un ferment (1). » On ne saurait, même aujourd'hui, rien dire de plus.

Les observations météorologiques n'ont donné que des résultats négatifs, et ne nous ont rien appris, quant à l'influence du milieu atmosphérique, sur le développement du typhus.

Causes occasionnelles ou prédisposantes ; topographie. — Il n'est pas possible de dire sous quels degrés de longitude et de latitude règne le typhus, ni quel est le pays où il est né, pour de là s'irradier dans les contrées voisines. Tandis que la fièvre jaune semble résider à l'embouchure du Mississippi, dans le golfe du Mexique et aux Antilles, le typhus s'observe en des points du globe si éloignés les uns des autres, sans qu'on puisse invoquer la transmission par contagion, que la carte topographique de cette affection ne saurait être tracée. Le typhus sévit à Saint-Pétersbourg et à Philadelphie, à Chypre et à Stockholm. Cependant il faut distinguer le typhus épidémique du typhus endémique. Cette affection ne s'est montrée en France qu'à l'état épidémique, et ne s'y est pas acclimatée. Actuellement elle sévit d'une façon endémique dans certaines parties de la Russie, en Suède, en Silésie, en Irlande ; mais la maladie peut disparaître de ces pays comme elle a disparu de l'Italie, de la Hongrie, de la Pologne, où elle s'était établie à la suite des longues guerres des siècles derniers.

L'insalubrité du sol joue sans doute un rôle dans la production de cette affection ; mais il n'y a point là de condition spécifique analogue à celle des pays marécageux où s'engendre la fièvre intermittente. Lorsqu'on voit le typhus régner habituellement en Irlande, où la misère est excessive, et en Silésie, où l'insalubrité du sol s'ajoute à la pauvreté des habitants, on ne peut s'empêcher d'admettre comme cause prédisposante du typhus, l'insalubrité du sol et la misère des habitants. Il ne faut pas oublier non plus que c'est sur des masses d'hommes armés, fatigués, surmenés, affamés, débilités, que se sont montrées les grandes épidémies de typhus. Ainsi se trouvent justifiées les expressions de fièvre des camps, des hôpitaux, fièvre carcéraire, des navigateurs, *hunger typhus* (typhus de la faim), qui ont servi à désigner cette maladie.

L'*encombrement*, l'affaiblissement, sont des causes certainement prédisposantes pour le typhus. Il faut aussi reconnaître que toutes les maladies qui règnent sur une grande masse d'hommes rassemblés, telles que la dysenterie, le choléra, le scorbut, préparent les voies au typhus. Ce fait a été bien constaté sur les navires

(1) J. Borsieri, *Instituts de médecine pratique*, trad. par Chauffard.

qui, en 1853, étaient chargés du rapatriement en France des soldats convalescents de l'armée d'Orient.

L'influence de la saison froide a été notée par le plus grand nombre des auteurs. D'après Barrallier, les épidémies observées à Toulon ont presque toutes sévi en hiver. En 1820, le typhus sévit de février à juillet; en 1829-1830, de décembre à avril; en 1833, de février à juillet; en 1845, de février à mai; en 1855, de mai à août; en 1856, de janvier à avril. L'épidémie de Crimée sévit surtout pendant l'hiver de 1855 à 1856.

Influence de l'âge et du sexe. — Cette influence n'a pu être notée dans les grandes épidémies qui ont sévi sur les armées, attendu qu'il ne s'agit là que d'hommes appartenant tous à l'âge adulte. Un observateur, qui est bien placé pour faire ces sortes d'observations, Magnus Huss, a noté l'influence du sexe et de l'âge sur trois mille malades atteints du typhus à Stockholm, et il a vu que les hommes en étaient affectés plus souvent que les femmes, dans le rapport de 68 à 31; la plus grande fréquence de la maladie est de vingt à trente ans, puis de quinze à vingt ans, enfin de trente à quarante, avec décroissance jusqu'à soixante-douze ans.

Contagion. — Le typhus est éminemment contagieux; c'est là un fait que n'ont jamais mis en doute les médecins qui ont observé directement cette maladie. P. E. Chauffard s'exprime ainsi à cet égard : « Le caractère contagieux de cette affection fébrile est incontestable, et la transmission contagieuse est une des grandes voies de la propagation de ce mal... A tous les points de vue, l'expression qui rendrait le mieux les caractères essentiels, le genre et la nature de la maladie, serait celle de *fièvre pétéchiale contagieuse* (1).

Les auteurs anciens ne doutaient point que le typhus ne fût contagieux; ils se laissaient conduire par l'évidence des faits. Après une période voisine de nous, pendant laquelle un certain nombre de médecins ont mis en doute le caractère contagieux de quelques affections et ont cherché à substituer partout le mot *infectieux* au mot *contagieux*, on est revenu de nos jours à l'idée de contagion. « Le typhus, une fois formé, se propage par contagion. Chaque malade devient un petit foyer d'infection assez énergique pour communiquer sa maladie aux individus sains qui l'approchent. » (Roche et Sanson.)

Tous les récits des grandes épidémies qui ont ravagé l'Italie, l'Allemagne, la Pologne, la Hongrie, la France, démontrent ce fait de la façon la plus évidente; c'est avec raison que les auteurs du *Compendium de médecine* disent que « les observations les mieux faites pour prouver la propagation du typhus par voie de contagion, sont celles qui nous montrent un sujet malade transmettant son affection à toute sa famille ou à tout un village, où le mal n'existait pas avant son arrivée. »

L'affection se transmet le plus ordinairement par le contact direct, et les épidémies sévissent surtout sur les personnes réunies dans un étroit espace, ainsi que cela a lieu dans une ville assiégée, une prison, un navire. Les ambulances de Crimée, où un si grand nombre de chirurgiens, soit du côté des alliés, soit du côté des Russes, ont contracté cette maladie, ont fourni une nouvelle et terrible confir-

(1) Chauffard, *Étude clinique sur le typhus*. Paris, 1856.

mation de ce fait. Les gens qui soignent les malades succombent en grand nombre. Dans l'épidémie observée à Reims par Landouzy, il y a eu neuf morts parmi les personnes qui soignaient les malades; à Paris, au Val-de-Grâce, plusieurs sœurs de la Charité ont été atteintes également de cette affection.

La contagion par les vêtements et les objets ayant servi aux malades est admise par beaucoup d'auteurs. Pringle rapporte que, sur vingt-trois ouvriers de Gand, chargés de raccommoder de vieilles tentes qui avaient servi de couvertures à des soldats malades, dix moururent du typhus. Il en est de même des lieux où ont séjourné des hommes atteints de typhus : c'est ainsi qu'on a vu des corps d'armée contracter la maladie pour avoir occupé une position qui venait d'être évacuée par l'ennemi, dans les rangs duquel sévissait le typhus.

La connaissance de ces faits doit conduire les médecins à conseiller, en temps d'épidémie, des mesures sanitaires, dont la principale est la dispersion et la séquestration dans des lieux salubres, aérés et éloignés des grands centres de population, des corps de troupes parmi lesquels le typhus est endémique.

§ III. — Anatomie pathologique.

Il n'y a point d'organe spécialement lésé dans le typhus. La fièvre typhoïde, à une époque où l'anatomie pathologique et la localisation morbide sont fort en honneur, est presque synonyme d'altération spéciale des plaques de Peyer. Il n'en est pas de même pour le typhus. Dans cette affection, le plus souvent les plaques de Peyer ne sont pas malades. Les auteurs du siècle dernier, parmi lesquels Hoffmann, ont indiqué des altérations des intestins... *inflammation gangréneuse du ventricule*, aphthes ulcéreux de la gorge et de l'œsophage, estomac parsemé de taches noires. Hildenbrand a noté que les intestins étaient remplis de gaz. D'autres auteurs du même temps parlent de taches gangréneuses dans l'intestin. Fouquier a vu, sur la surface des intestins marqués de taches livides, des ulcérations gangréneuses en grand nombre. Les auteurs les plus modernes, desquels on était en droit, en raison des progrès de l'anatomie pathologique, d'attendre une description plus exacte des lésions, ne se sont guère attachés qu'à la description de l'état des plaques de Peyer. C'est là un hommage rendu aux travaux de Louis sur les altérations des plaques de Peyer dans la fièvre typhoïde. C'est aussi une preuve de la tendance des auteurs modernes à rechercher si le typhus et la fièvre typhoïde étaient une seule et même maladie.

Voici les noms et les résultats des recherches de quelques-uns de ces auteurs.

Pellicot, en 1830, n'a point trouvé de lésions des plaques de Peyer dans le typhus du bagne de Toulon.

Fleury a fait la même remarque (1).

Gerhard (de Philadelphie) n'a trouvé les follicules malades qu'une fois sur cinquante autopsies (1836).

Home, sur cent une autopsies pratiquées à Édimbourg, a vu les plaques de Peyer marquées dans vingt-neuf cas, ulcérées dans sept, perforées dans deux.

Reid, sur quarante et une autopsies, a constaté que les plaques de Peyer étaient,

(1) *Historique médical de la maladie qui a régné à Toulon* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1833, t. III, p. 501 et suiv.).

dans vingt-quatre cas visibles, dans six cas à peine visibles, dans onze invisibles, dans quatre cas saillantes, dans deux cas elles étaient un peu ulcérées.

Stewart a vu, sur seize autopsies, dans deux cas les follicules saillants, à peine saillants dans huit cas, à peine visibles dans six cas.

Dans le typhus observé à Reims par Landouzy, il y a quelques années, cet auteur a noté, comme lésions principales, des ulcérations des glandes de Bruner, de la psorentérie, et une augmentation de volume de la rate.

Magnus Huss, qui a observé en Suède, à Stockholm, une épidémie mixte dans laquelle le typhus et la fièvre typhoïde étaient mêlés, a consigné les résultats suivants de vingt-cinq autopsies : congestion des méninges, huit fois; pneumonie, six fois; gonflement de la rate chez dix sujets; gonflement des glandes du tube intestinal, douze fois; ulcérations intestinales, six fois; sept n'ont présenté aucune lésion des glandes intestinales. Or, ajoute cet auteur, si l'on est d'opinion que l'affection des glandes intestinales est une chose décisive pour distinguer le typhus pétéchial du typhus abdominal, opinion que je ne partage pas complétement, le rapport du typhus pétéchial au typhus abdominal, sur deux cent cinquante cas observés par moi, serait comme 7 est à 48. Il n'y a eu de perforation intestinale dans aucun des six cas d'ulcération intestinale. »

De récents travaux faits sur le typhus épidémique importé de Crimée en France dans ces dernières années, peuvent se résumer dans les deux passages suivants :

« Quatre autopsies ont été pratiquées; chacune nous a montré les altérations suivantes : engorgement des sinus de la dure-mère et des vaisseaux arachnoïdiens, épanchement peu considérable de sérosité dans les ventricules, engorgement hypostatique du tissu pulmonaire, engorgement des veines du mésentère et des intestins; foie et rate de couleur foncée et d'un volume normal ou peu accru; les plaques de Peyer n'ont présenté aucune altération. Les caractères autopsiques de la fièvre typhoïde manquaient entièrement. Ce serait une nouvelle preuve de la distinction de ces deux maladies, s'il en était besoin (1). »

Godelier, médecin au Val-de-Grâce, s'exprime ainsi :

« Huit autopsies ont montré les lésions suivantes : congestions disséminées dans plusieurs organes, dans les poumons, le foie, les reins, le cerveau, ou, pour mieux dire, les méninges; augmentation de volume et ramollissement de la rate; ecchymoses de la muqueuse digestive; parfois de la psorentérie ou du pointillé noir; lésions banales. Mais quant à l'altération caractéristique de la fièvre typhoïde, des plaques de Peyer saillantes, molles ou dures, érodées ou ulcérées, et l'engorgement des ganglions mésentériques, nous ne l'avons jamais rencontrée : cela seul suffirait pour séparer radicalement ces deux affections. »

Si l'on cherche quelles autres lésions ont été décrites dans les autres parties du corps, on voit que les auteurs anciens seuls, soit qu'ils aient observé des épidémies spéciales à forme très-grave, soit qu'ils aient eu moins de souci qu'on n'en a aujourd'hui de l'exactitude, décrivent des gangrènes des poumons, des abcès du cerveau et des autres viscères de la poitrine et du ventre (Hoffmann); une infiltration du cerveau et de ses membranes, la suppuration du cerveau, l'otite purulente, la

(1) Chauffard, *Typhus d'Avignon*.

ıgrène sèche des pieds et des mains (Hildenbrand). Il résulte des travaux très-omplets des modernes sur l'anatomie pathologique du typhus, que cette affec-ı donne lieu à une congestion avec augmentation de volume de la rate et du foie ; ; les poumons, le plus souvent, sont engoués, et que la pneumonie hypostatique rencontre à tous les degrés; qu'il existe une tendance à la stase du sang et aux hares vers les ischions et les grands trochanters, comme dans la fièvre typhoïde. Les lésions des centres nerveux consistent dans une congestion plus ou moins ırquée. Cependant il ne faut pas oublier que la méningite cérébro-spinale géné-isée, avec formation de sérosité trouble, de pus et de fausses membranes, est crite parmi les lésions du typhus par certains auteurs qui considèrent la ménin-e cérébro-spinale endémique comme n'étant qu'une des formes du typhus.

§ IV. — Description.

Incubation. — Cette question n'est pas susceptible de recevoir actuellement une ıution définitive. On ne peut pas savoir exactement quelle peut être la durée ncubation du typhus, ni du choléra, ni de la fièvre jaune, de la peste, etc. Les ıyennes établies à cet égard sont le plus souvent arbitraires. Aucun auteur n'a prendre la responsabilité d'une opinion nettement formulée sur ce point ; néan-ɔins on sait que la durée de l'incubation peut être très-courte. Suivant Magnus ıss, il s'est passé quelquefois un jour, quelquefois deux, trois et même dix jours, tre la visite faite à une personne atteinte du typhus et la manifestation des pro-omes chez la personne qui avait fait cette visite. Quelques faits semblent prouver ıe l'incubation peut dépasser plusieurs semaines. On a vu quelquefois le typhus déclarer sur un individu qui avait quitté depuis plus d'un mois ou six semaines foyer de l'épidémie. Des observations plus récentes faites par les chirurgiens de marine française pendant la guerre de Crimée (1854) ont permis de fixer d'une ;on plus exacte le terme de l'incubation du typhus. En effet les dates ici sont rtaines parcequ'on embarque à jour fixe des hommes sains avec des convalescents, que l'on voit dès le début les accidents produits par la contagion chez les pre-iers. De ces observations recueillies principalement par Gibert, Arnoux, Terrin, ıaspoul, Mattei, Thibaut, ressort la notion suivante : La durée moyenne de ncubation du typhus est de douze à quinze jours.

Prodromes. — Tous les auteurs sont à peu près d'accord sur les symptômes odromiques du typhus. Borsieri les décrit ainsi : Pesanteur de la tête ou douleur ɔtuse, tantôt fixe, tantôt errante, parfois prolongée jusqu'au col, semblable à une ɔuleur rhumatique, frappant quelquefois, mais erratiquement, les lombes et les ticulations; dégoût des aliments ou diminution de l'appétit; lassitude, tristesse, somnie, nuits agitées; chez quelques-uns, légers frissons dans les lombes, sans citation fébrile. Parfois la chute des forces est si grande, que les malades ne peu-nt ni se tenir debout, ni marcher, ni s'asseoir, et qu'ils tombent facilement en faillance. Hildenbrand signale également une tension douloureuse de la tête, des ɔrripilations, des frissons avec bouffées de chaleur et de la tristesse.

P. E. Chauffard, l'élégant traducteur de Borsieri, indique parmi les signes pro-omiques une certaine hésitation de la parole, une sorte de tremblement de la voix, ıi va parfois jusqu'au bégayement, et une incertitude analogue dans les mouve-ents volontaires surtout aux membres supérieurs. Les bruits et bourdonnements

d'oreille, suivant cet auteur, ne manquent jamais : c'est un symptôme qui préexiste à l'invasion de la fièvre, il est initial et dominant. *Le tintement d'oreille est au typhus ce que la diarrhée prémonitoire est au choléra.*

Suivant Magnus Huss, les symptômes sont : un sentiment de fatigue et d'épuisement, avec lourdeur de tête, douleurs dans le sacrum et dans les jambes, malaise général, inappétence. L'explosion de la maladie s'annonce par des frissons ou par un étourdissement, un évanouissement ; c'est alors que survient la fièvre.

Durée de la période prodromique. — Cette durée varie de cinq à dix et même douze jours. On comprend que chaque épidémie puisse présenter, sous ce rapport, une moyenne un peu différente ; néanmoins il ne paraît pas que la durée des prodromes puisse être au-dessous de trois jours et au-dessus de douze jours. On comprend que les prodromes, qui ne consistent que dans un malaise et une sorte d'inquiétude vague, doivent souvent échapper à l'œil des observateurs, surtout dans les épidémies des camps où les malades ne sont conduits à l'ambulance que lorsque la fièvre s'est déclarée.

Période d'invasion. — *Premier stade.* L'état fébrile se déclare ; le plus souvent la fièvre s'annonce par un frisson initial qui commence par les extrémités et s'empare de tout le corps ; la face pâlit, le malade tombe dans une sorte d'engourdissement. Ces frissons durent le plus souvent plusieurs heures, quelquefois un jour entier ou même davantage, et il n'est pas rare de les voir se reproduire de temps en temps, pendant tout le cours de la maladie. Le pouls, qui est petit pendant le frisson, devient, pendant la période de chaleur, plein, vif, résistant ; il dépasse rarement 120 pulsations ; il reste souvent au-dessous de ce chiffre. Après le frisson, qui paraît ne jamais manquer, les symptômes les plus constants et les plus caractéristiques sont les suivants : Perte absolue de l'appétit, sentiment de pesanteur au devant de la poitrine ; céphalalgie frontale, intense, déchirante ; tintement d'oreille ; tremblotements, engourdissements ; respiration accélérée, profonds soupirs ; lassitude extrême, douleurs aiguës dans le dos et les membres ; le malade ne peut reposer longtemps à la même place. Son sommeil est court, agité, nullement réparateur. Tels sont les symptômes qui se montrent dès le premier jour. Au bout de vingt-quatre heures, le malade présente la stupeur de l'ivresse ; l'ouïe est moins fine, la surdité commence. Les yeux sont injectés, poudreux, les narines sont sèches ; la stupeur s'accroît, et le malade reste plus volontiers dans le décubitus dorsal ; il est souvent en proie à des hallucinations et à un subdélirium qui est surtout marqué pendant la nuit. Quelquefois le coma se montre dès le début et persévère pendant tout le cours de la maladie ; les muscles du cou sont tendus, la face est rouge et tuméfiée ; les yeux s'injectent et fuient la lumière. Parmi les malades, les uns ont une soif ardente, quoique la langue paraisse humide, chez d'autres il n'y a nul désir de boire, quoique la langue soit sèche et râpeuse ; la respiration est inégale, fréquente, laborieuse, entrecoupée de soupirs. L'état des fonctions digestives est le suivant : Dans le plus grand nombre de cas, il y a constipation, le ventre est souple et indolore. Quelquefois, au premier ou au second jour, il y a des nausées et des vomissements jaunes ou verts. Chez quelques malades il y a de la diarrhée, mais ce symptôme est exceptionnel.

Cette période de la maladie dure quatre jours pendant lesquels les symptômes vont en s'aggravant. Quelques auteurs, parmi lesquels Hildenbrand, ont noté une

taxis très-légère survenant à la fin du premier stade vers le quatrième jour. C'est un symptôme qui est loin d'être constant et qui manque même dans le plus grand nbre des cas. Les épistaxis, du reste, ne paraissent pas jouer un rôle considérable s cette affection ; on ne les voit point apparaître comme signe précurseur, au traire de ce qui s'observe au début de la fièvre typhoïde où ce signe manque ement.

Période d'éruption. — Deuxième stade. Vers la fin du quatrième jour, quelque- du troisième, plus rarement du cinquième, en même temps que se manifeste aggravation de tous les phénomènes morbides, s'opère une éruption caractéris- ue. Cette éruption, sur la véritable nature de laquelle nous nous expliquerons, oujours été tellement considérée comme indispensable et essentielle dans le hus, que les auteurs les plus recommandables du siècle passé désignent la ma- e sous le nom de *morbus pestichialis* ou *petechialis.* Le typhus pour eux n'était autre chose qu'une éruption, une fièvre éruptive, à ce point que Borsieri se t obligé de signaler un typhus exceptionnel dans lequel l'éruption ne se mon- ait pas ; il s'exprime ainsi : « Chez ceux, très-peu nombreux, qui ne présentent de pétéchies, la maladie offre tout à fait les mêmes symptômes que lorsqu'elle compagne de l'éruption et réclame la même méthode de traitement. De même la fièvre varioleuse ou la variole sans variole se montre parfois aux cliniciens, même la fièvre pétéchiale ou les pétéchies sans pétéchies peuvent être admises s être taxé d'absurdité. » Cette manière d'envisager le typhus n'appartient pas n seul auteur ; elle était pour ainsi dire générale au siècle passé. Il nous suffira citer les dénominations suivantes de cette affection : *febris peticularis* (Pierre Castro), *febris peticularis* (O. Roboreti), *febris purpurata* (Rivière), *febris echialis vera* (Fréd. Hoffmann), *febris putrida maligna petechialis* (Huxham), *ris petechialis*, ou *peticularis*, ou *puncticularis*, ou *lenticularis* (Le Roy), *re maligne putride*, ou *pourprée*, ou *pétéchiale* de Buchan, *febris exanthe- tica maligna, venenosa et perniciosa* (J. Fortunat, Bianchi). Hildenbrand définit si le typhus : « Fièvre d'une espèce particulière comme la petite vérole, conta- use exanthématique, ayant un cours réglé et un symptôme constant, la stupeur c délire et typhomanie. » C'est Hildenbrand qui nous a transmis l'expression de hus contagieux qui a prévalu jusqu'ici dans le langage médical. Un auteur qui crit en 1856, P. E. Chauffard, propose de faire entrer la désignation de l'érup- dans le nom donné à cette affection ; selon lui, l'expression qui rendrait le mieux caractères essentiels, le genre et la nature de la maladie , serait celle de *fièvre échiale contagieuse.* Quelle est la nature de cette éruption ? Une grande confu- a régné dans la science sur ce point pendant longtemps. C'est qu'en effet uption est le plus souvent complexe et se compose de deux élements distincts : ne part, un exanthème vrai, d'une durée à peu près certaine, et se terminant par quamation ; de l'autre, des taches fines et ponctuées, ou au contraire, larges et ndues, formées par une suffusion sanguine, qui ne disparaissent pas par la pres- et ne se terminent pas par desquamation. Ces deux éléments avaient été vus s doute, mais ils n'avaient pas été distingués assez catégoriquement par les au- rs anciens. C'est ainsi que Borsieri, tout en les distinguant, laisse subsister la fusion dans les mots : « Ainsi que les autres exanthèmes, les pétéchies doivent divisées en primitives et secondaires ; nous traitons ici des pétéchies primitives

comme maladie exanthématique fébrile. » Hildenbrand établit nettement la distinction : « Le quatrième jour, apparaît l'exanthème tacheté de rouge.... Les pétéchies ne sont pas essentielles. » Et plus loin : « Au huitième jour, l'exanthème disparaît, sauf les pétéchies. ».

Il importe, pour ne laisser dans l'esprit du lecteur aucun doute à cet égard, d'insister sur les caractères distinctifs de l'exanthème et des pétéchies, et nous ne pouvons mieux faire que d'emprunter cette description au récent mémoire sur le typhus présenté à l'Académie par Godelier (1), médecin au Val-de-Grâce :

« Ces deux éléments, combinés d'ordinaire dans la même tache, peuvent toutefois se montrer séparés. Ainsi, il existe en nombre variable des taches seulement exanthémateuses; de même et plus souvent des macules qui ne sont qu'ecchymotiques. Ce sont ces dernières que le professeur Jenner (de Londres) appelle sous-cuticulaires; elles ne sont jamais saillantes, et paraissent même situées plutôt dans l'épaisseur du derme et ne pas arriver jusqu'à la surface.

» Quant à la pétéchie proprement dite, la pétéchie arrondie et rouge foncé du purpura et du scorbut, qui se trouve accidentellement dans les fièvres éruptive, graves, parfois même dans certaines fièvres typhoïdes des plus funestes, elle peut aussi s'adjoindre à l'éruption spéciale du typhus, la précéder même, comme je l'ai vu chez la sœur Louise; mais la pétéchie n'est en aucune sorte caractéristique de cette affection. Si j'ajoute que l'éruption que je viens de décrire, presque toujours aussi abondante sur le ventre, la poitrine et le dos que celle de la rougeole, met environ deux septénaires à parcourir ses phases, et que la peau en offre souvent encore des traces plus de vingt jours après son apparition, on s'étonnera sans doute qu'on ait pu dire qu'elle ne différait en rien des taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde.

» Comme aspect, comme disposition générale, on ne saurait mieux la comparer qu'à celle de la rougeole, sauf qu'elle apparaît rarement au visage, et qu'elle est d'ordinaire moins abondante sur les membres; aussi presque tous les auteurs l'ont appelée *morbilliforme*. Nous tous, au Val-de-Grâce, nous avons cru, au premier abord, en voyant nos premiers cas de typhus, avoir affaire à une rougeole ataxique, mais non pas à une fièvre typhoïde. »

Cette éruption a donc l'apparence d'un exanthème, et c'est, en effet, un exanthème à la surface; mais il y a dessous quelque chose de plus, c'est-à-dire une ecchymose, une suffusion sanguine plus ou moins abondante et colorée, assez quelquefois pour mériter le nom de pétéchie. En effet, si l'on pose le doigt sur ces taches d'un rouge un peu plus foncé que celui de la rougeole, et parfois légèrement saillantes, on en fait disparaître quelques-unes complétement; mais la plupart laissent voir, sous la teinte rose effacée par la pression, une macule d'un gris violet ou jaunâtre, qui ne disparaît pas sous le doigt. Il y a donc là deux éléments superposés; c'est un exanthème ecchymotique ou péléchial. Les phases successives de cette éruption le démontrent de la manière la plus positive. Au bout de quelques jours, l'exanthème pâlit et la teinte rose s'efface, mais la macule ecchymotique demeure, et selon que la suffusion sanguine a été plus ou moins abondante, ou qu'elle le devient, cette macule est plus bleuâtre, plus grise ou plus pâle; quelquefois

(1) *Mém. sur le typhus* (*Bull. de l'Acad. imp. de méd.*, 1855-1856, t. XXI, p. 889).

même, dans les cas graves, elle se fonce de plus en plus et devient tout à fait noire. Donc il y a une ecchymose; mais ce qui prouve qu'il y avait aussi un exanthème, c'est que la desquamation furfuracée se produit souvent comme dans la rougeole.

L'erreur des médecins modernes qui ont voulu assimiler le typhus à la fièvre typhoïde a tellement cours parmi nous, que le mot typhus ne réveille dans l'esprit de la plupart de nos contemporains que l'idée d'adynamie, de stupeur, et point l'idée d'éruption exanthématique, et pourtant il est arrivé bien des fois que des médecins placés en présence d'un malade atteint de typhus parvenu à la période éruptive, ont cru avoir affaire à une rougeole ou à une scarlatine maligne; nous avons nous-même été témoin de faits semblables. En quelque lieu qu'on observe le typhus, et quelque nom qu'on donne à cette affection, typhus pétéchial, fièvre pétéchiale contagieuse, *typhus fever*, partout les observations signalent l'éruption comme un symptôme capital. Dans le typhus d'Irlande, ou *typhus fever*, Stewart a toujours vu l'éruption. Dans les cas graves, dit-il, elle est d'un rouge vif, noire, livide, pétéchiale. Quand l'éruption est livide, semi-pétéchiale, elle ne change pas; les ecchymoses pétéchiales persistent après la mort.

Marche et durée de l'exanthème. — L'*exanthème* s'accroît d'ordinaire et devient plus abondant et plus marqué pendant deux ou trois jours, après quoi il décroît, pâlit et disparaît; la durée normale de cette éruption est d'environ six ou sept jours. Au bout de ce temps l'épiderme se sèche, se ride, et la desquamation est achevée vers le vingtième jour de la maladie.

Importance de l'éruption, anomalies. — Suivant Borsieri, « une éruption facile, régulière, complète, distribuée sur tout le corps, persistant le temps voulu, se termine en général, la maladie étant bénigne, favorablement, et la maladie entière finit et se résout par la seule éruption sans autre excrétion sensible. Au contraire, une sortie de l'exanthème difficile, imparfaite, anomale ou trop tardive, ou s'effaçant prématurément, devient la cause de funestes symptômes dont la mort est souvent le terme. » Parfois l'exanthème disparaît après les deux premiers jours; cette rétrocession peut se faire brusquement du soir au lendemain; c'est là un signe fâcheux. Sur quatre cas de ce genre observés par P. E. Chauffard, un seul malade a guéri. Au dire de Borsieri, l'éruption qui apparaît trop tôt est d'un mauvais signe, et dans la constitution épidémique de Turin décrite par Richa, tous ceux chez lesquels l'éruption s'opéra trop tôt périrent.

Pétéchies vraies. — Loin que ces taches soient un symptôme nécessaire et normal, elles doivent plutôt être considérées comme étant d'un caractère fâcheux; elles indiquent une altération du sang. Ces taches peuvent se montrer sous forme d'un pointillé rouge, fin, ou de petites macules rondes, saillantes, ou de larges suffusions sanguines. Lorsque ces vibices, ces ecchymoses étendues se montrent, le pronostic de la maladie est grave. La constitution scorbutique joue un grand rôle dans la production des pétéchies. Elles ne se montrent généralement pas au début; elles ne précèdent pas généralement l'exanthème, elles l'accompagnent quelquefois et le suivent plus souvent. Ces taches étaient désignées par les auteurs italiens du siècle dernier sous le nom de *pétéchies secondaires*. Les pétéchies secondaires surviennent plus tard, dit Borsieri, dans l'état ou à la fin de la maladie, et ne se montrent que chez ceux dont le sang dépravé engendre çà et là des points gangréneux. Souvent,

dans les cas très-graves et surtout dans les cas mortels, deux ou trois jours après l'éruption, parfois même plus tôt, se montrent des taches bleues ou livides plus ou moins larges, à bords diffus, véritables ecchymoses septiques.

Symptômes pendant la période de l'exanthème. — Cette période dure environ sept jours ; elle commence au quatrième ou cinquième, et finit au douzième ou au quatorzième jour de la maladie : c'est la période d'état, dont le point culminant est au quatrième jour de l'éruption, c'est-à-dire au huitième, neuvième ou dixième jour de la maladie, lorsque la marche en est régulière. Pendant cette période, il y a aggravation de tous les symptômes ; la stupeur, l'agitation, la typhomanie, la surdité augmentent ; le pouls se maintient à un chiffre élevé. Les principaux signes sont le tremblement des bras et des mains, le tremblotement incessant des lèvres, la difficulté de la parole, l'articulation incomplète et obscure des mots, l'anéantissement des facultés intellectuelles, l'hébétude et l'égarement du regard, la rougeur violacée de la face. Lorsque cés symptômes sont portés au plus haut degré et que l'éruption pâlit, la mort est menaçante. C'est à cette période que surviennent les accidents cérébraux que Hildenbrand qualifiait d'apoplexie, et qui sont le degré le plus élevé de la stupeur typhomanique. Le malade est alors dans le stertor le plus complet ; sa bouche est sèche, ses narines poudreuses, ses paupières demi-closes, sa face pâle ; il est semblable à une masse inerte, privée de mouvement et de sentiment. L'éruption semble s'être retirée, et les pétéchies vraies se voient seules ; peu à peu le refroidissement s'accroît et la mort survient. C'est là la forme grave la plus ordinaire ; il y en a d'autres, parmi lesquelles il faut noter la forme convulsive. Ce ne sont pas seulement des soubresauts des tendons, avec marmottements, agitation et sorte de frénésie nocturne : c'est une agitation convulsive de tous les muscles des membres et de la face. Cet état se termine par la mort, et le plus souvent du septième au neuvième jour. C'est à cette période que la maladie présente ce symptôme qui a fait donner son nom à toute une classe de symptômes qui se montrent dans plusieurs maladies graves : nous voulons parler de l'*état typhique*, caractérisé par la stupeur et la prostration profonde, avec subdélirium, soubresauts des tendons, chaleur de la peau, sécheresse de la langue, des narines, des paupières, fréquence et irrégularité du pouls.

L'état des fonctions digestives est le suivant : inappétence absolue et insouciance complète en ce qui concerne l'alimentation. Quelquefois il y a des hoquets continuels et des vomissements bilieux. Il est des malades qui, lorsqu'on introduit un liquide dans leur bouche, boivent avec avidité ; chez d'autres la soif est nulle. Chez un grand nombre, il y a incapacité d'exercer la déglutition. Le ventre est indolore, le plus souvent souple, rarement distendu par des gaz. Le plus souvent il y a de la constipation ; dans quelques cas il y a de la diarrhée. La maladie n'est pas dans l'intestin spécialement, et si la localisation morbide devait être faite, ce n'est pas l'intestin grêle qui serait en cause, comme dans la fièvre typhoïde ; aussi les auteurs ne se sont-ils que fort peu préoccupés de l'état de l'abdomen, du gargouillement, de la nature des garderobes et des taches rosées qui, si elles existaient (ce qui est possible), seraient masquées par l'exanthème général. Il ne paraît pas qu'il se fasse d'hémorrhagie intestinale. Cette hémorrhagie, si elle existait, et cela pourrait être, surtout avec une constitution dysentérique et scorbutique, ne devrait pas être considérée comme un symptôme propre au typhus. L'état des poumons est loin de

présenter des signes constants et caractéristiques ; il y a le plus souvent un certain degré de congestion de cet organe et quelques râles sibilants. On a noté des pneumonies survenant dans le cours du typhus ; ces cas sont exceptionnels.

Cette période, ou, si l'on veut, ce septénaire de l'éruption, offre une aggravation de tous les symptômes, jusqu'au moment où cette période que quelques auteurs appellent la crise, et que nous appellerons période de rémission ou de déclin de l'éruption, va commencer.

Période de rémission. — Troisième stade. C'est vers le douzième jour que commence cette période. L'éruption a pâli, la fièvre est moindre, la stupeur et tous les phénomènes typhiques diminuent d'intensité ; le pouls redevient égal ; la tête s'allége, l'intelligence renaît, la respiration reprend sa facilité, les yeux et la face recouvrent leur expression de bien-être. Le malade se réveille, pour ainsi dire, et semble sortir d'un songe.... Le monde extérieur existe de nouveau pour lui ; ses yeux cherchent peu à peu la lumière et s'y accoutument ; ses membres, au lieu de mouvements désordonnés, exécutent, faiblement encore, des mouvements volontaires et raisonnés. Il se soulève autant que le permet sa faiblesse, et il se dit guéri.

Ce changement si complet, si radical, a quelque chose qui a toujours étonné les observateurs, et c'est avec une sorte de surprise que l'on voit le malade, qu'on a quitté la veille au soir plongé dans la stupeur, apparaître le matin avec cette physionomie nouvelle et ce retour si rapide à la vie de relation. Cependant la surdité persiste, et c'est au bout de plusieurs semaines seulement, dans un grand nombre de cas, que l'ouïe revient à son état naturel. Les bourdonnements d'oreille et une sorte d'ivresse persistent encore pendant cette période ; c'est alors aussi qu'on voit les malades se coucher sur le côté dans une attitude naturelle, et qu'ils jouissent enfin d'un véritable sommeil sans agitation. Ils n'ont plus de cauchemar ; ils répondent nettement aux questions. Cependant il arrive assez souvent que le masque conserve une sorte d'immobilité, un air triste, indifférent, et que la parole, quoique nette et précise, semble se faire par une sorte de mouvement automatique, sans que la physionomie ou le geste lui viennent en aide. La peau conserve encore un peu de chaleur, mais le pouls est généralement peu fréquent ; souvent il ne dépasse pas le chiffre normal. La peau se couvre par moments d'une moiteur générale.

Du côté des voies digestives, voici ce qu'on observe. La bouche devient moins sèche et les boissons sont bues avec plaisir. Le ventre s'affaisse ; il y a souvent une évacuation abondante de matières alvines demi-liquides, bilieuses. Les vomissements cessent. Le malade expectore souvent des mucosités bronchiques filantes et incolores, en assez grande abondance. Il n'est pas rare que, dans les premiers jours de cette période, il y ait des retours subits à un état fébrile, et quelques intermittences qui n'ont jamais de régularité et n'affectent aucunement la forme de fièvres d'accès. Borsieri signale une exacerbation des symptômes, se terminant, vers le seizième jour, par une éruption miliaire. Lorsque la maladie est bénigne et régulière, la fièvre cesse complétement pendant cette période, et la convalescence commence, du quinzième au vingtième jour à partir du début. La desquamation s'opère sur tous les points où existait l'exanthème : cette desquamation ressemble à celle de la rougeole et est furfuracée.

La troisième période, ou période de rémission, s'accompagne quelquefois de certains *phénomènes*, que les anciens auteurs considéraient comme *critiques*, c'est-

à-dire qu'on voit apparaître des hémorrhagies nasales, des évacuations alvines abondantes. Quelques auteurs ont noté l'apparition de furoncles. C'est à cette période que l'on a vu quelquefois les eschares se détacher et les oreilles suppurer. La mort survient rarement à cette époque de la maladie, à moins de quelques complications, comme il s'en rencontre dans toutes les fièvres, principalement vers les organes de la respiration.

Convalescence. — Le plus souvent la convalescence est lente. Les malades restent pendant longtemps dans un état de faiblesse excessive ; ils se soutiennent avec peine ; ils sont amaigris, pâles, et ils conservent une sorte de demi-stupeur ; leur intelligence est lente, et leurs réponses, quoique nettes, se font longtemps attendre. La surdité est le phénomène morbide qui persiste le plus longtemps. Le pouls est ralenti et faible. L'épiderme s'exfolie en une sorte de poussière furfuracée, les cheveux tombent, les muqueuses se détergent, l'appétit renaît et les forces digestives sont considérables ; il y a un extrême besoin de réparation. Le plus souvent il y a constipation. Dans certains cas rares, on a vu, pendant la convalescence, survenir une rechute, et le malade succomber.

§ V. — Formes et variétés.

Il n'existe point, à proprement parler, de *typhus type ;* cependant la plupart des auteurs s'accordent à reconnaître comme typhus légitime et normal celui qui dure de quinze à vingt jours, présente une stupeur modérée, une éruption franche et bien développée.

Il arrive souvent que le typhus ne parcourt pas toutes ses périodes. On a vu, dans des cas où la maladie a le caractère d'une grande bénignité, les accidents cesser au bout de huit à dix jours. Dans d'autres cas, la maladie, sans offrir de complications sérieuses, se prolonge jusqu'au vingt-cinquième ou au trentième jour. Hildenbrand considère le typhus irrégulier comme très-commun ; selon cet auteur, cette irrégularité est accusée : par la prédominance trop exclusive d'un symptôme, tel que l'ataxie ou l'adynamie ; par l'embarras gastrique, la diarrhée, la gangrène, les parotides et les adénites de l'aine ; par l'absence d'un symptôme essentiel, comme l'éruption ; ou par la complication d'une phlegmasie des viscères, principalement des poumons et des plèvres. Il ne faut pas oublier que la constitution médicale du moment influe puissamment sur la nature des complications ; et que, précisément, le typhus sévit, d'habitude, sur les troupes parmi lesquelles règnent le scorbut et la dysenterie. L'adynamie, la prostration, la tendance aux gangrènes, s'expliquent assez bien, lorsque la maladie sévit sur une population fatiguée, épuisée, vivant dans un air confiné et soumise à l'inanition. Ainsi, sans entrer dans plus de détails, on peut dire que : tantôt le génie morbide de l'épidémie, tantôt le climat, tantôt les conditions générales de la vie, chez les populations où sévit le typhus, influent sur la forme de cette affection.

Nous ne pouvons passer sous silence l'opinion d'un médecin distingué de nos jours, le docteur Boudin, qui considère la méningite cérébro-spinale épidémique comme une des formes du typhus, et donne à cette affection le nom de *typhus cérébro-spinal.* (Voy. MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.)

§ VI. — Pronostic.

Le typhus est une affection des plus graves, et il est telle circonstance où le plus grand nombre des malades succombent. C'est là un des caractères communs à toutes les maladies pestilentielles contagieuses et épidémiques. Quelques chiffres, empruntés au livre de Gaultier de Claubry, donneront une idée de la mortalité en temps d'épidémie : A Gaète, sur 400 conscrits réfractaires, 300 succombèrent; à Gaurgau, sur 25 000 hommes (campagne de 1813), il en périt 13 448 en quatre mois; à Anvers, pendant le blocus, en 1814, plus de la moitié des malades succombèrent, et à Mayence il en mourut 25 000 sur 60 000. Cependant, à côté de ces chiffres, qui expriment le typhus le plus meurtrier, il en est de plus consolants. Frank dit qu'un dixième des malades succombe. Les médecins du nord de l'Europe, qui observent les épidémies mixtes, évaluent également la mortalité à un dixième. Pour M. Gerhard (de Philadelphie), la mortalité est de 1 sur 3 parmi les malades qui ne sont point traités, et de 1 sur 7 parmi ceux qui reçoivent des soins médicaux éclairés. Il est facile de comprendre comment le chiffre de la mortalité peut varier à l'infini.

D'après une statistique empruntée au livre de Barrallier, la mortalité par le typhus, à Paris, a été de 1 sur 7 en 1800, de 1 sur 10 en 1801, de 1 sur 4 en 1802. A Dantzig le typhus fit périr les deux tiers de la garnison et un quart de la population; la mortalité fut de 40 pour 100, en 1834, sur la corvette *la Favorite* revenant de Guayaquil. A Toulon, en 1855, la mortalité a été d'un tiers. A l'armée d'Orient la mortalité a été (1854) de 1 sur 2 pour les Français, et plus meurtrière encore du côté des Russes, etc.

Le pronostic sera grave : toutes les fois que le malade sera pris de phénomènes ataxiques et adynamiques très-marqués dès le début, lorsque l'éruption avortera ou rétrocédera, lorsque de larges pétéchies et des vibices, en grand nombre, se montreront sur le corps, lorsqu'il y aura tendance à la gangrène, aux hémorrhagies, etc.

§ VII. — Traitement.

1° *Traitement prophylactique.*—Existe-t-il un moyen de soustraire un homme, vivant au milieu d'une épidémie, aux chances de la maladie? C'est une question qui ne peut et ne doit pas être traitée, car on aboutirait à cette conséquence forcée : qu'il faut fuir les lieux où règne l'épidémie. Cependant on peut emprunter aux règles de l'hygiène d'utiles précautions, mais il n'y a pas de préservatif spécifique contre le typhus.

Les médecins des armées de terre et de mer ont proposé des moyens prophylactiques tels que les suivants : établir les camps sur des lieux élevés, éviter l'encombrement, faire exécuter aux troupes des exercices et des marches, ventiler les navires, disséminer les malades. On trouve, sur ce sujet, des renseignements utiles dans l'ouvrage de Fonssagrives (1).

2° *Traitement de la maladie.* — On ne doit pas espérer d'enrayer la maladie dans sa marche, on ne doit viser qu'à la diriger et à l'amoindrir. Isoler le malade, le placer dans une chambre bien aérée, à une température douce, telle est la première

(1) Fonssagrives, *Hygiène navale.*

prescription. Au début, les vomitifs et les purgatifs salins seront utiles, surtout s'il y a prédominance d'embarras gastrique. Lorsqu'il existe des troubles nerveux, et que l'ataxie et l'adynamie sont portées à leur comble, le camphre pourra être employé avec avantage, soit en pilules, soit dans une émulsion. Barrallier propose, pour des cas semblables, la formule suivante qui paraît avoir donné des résultats très-favorables :

Eau distillée...........................	60 grammes.
Essence de valériane	30 à 50 centigrammes.
Huile d'amandes douces.................	q. s.
Sirop de sucre........................	25 grammes.

A prendre par cuillerée à soupe toutes les demi-heures.

Si l'éruption tend à pâlir et à disparaître, il faut la rappeler à la peau par des frictions et des excitations énergiques. Surtout il faut se garder de ces médications empiriques, violentes et désordonnées, qui ont pour effet d'épuiser le malade et de déranger la marche de la maladie. Lorsque, dit Chauffard, la nature accomplit régulièrement son œuvre, il importe de ne pas la troubler, de ne pas peser activement sur elle, de la laisser maîtresse unique de la guérison. Il faut, dans le typhus, comme dans la fièvre typhoïde, se tenir en garde contre les exagérations et l'esprit de système. Le malade ne doit boire ni trop ni trop peu ; il faut l'alimenter dès que ses forces digestives le permettent. Quant aux complications, elles doivent être traitées par les médications ordinaires, avec la réserve que doit nécessairement inspirer au médecin la faiblesse du malade.

Du régime. — Nous dirons ici, comme nous l'avons dit précédemment pour la fièvre typhoïde, que le régime alimentaire doit être surveillé avec soin et que l'inanition est à craindre. « Je suis convaincu, dit Graves (1), que le système de l'inanition a été porté bien souvent à un dangereux excès, et que beaucoup de malades atteints de fièvre ont été victimes d'une abstinence prolongée. » Cet auteur, après le quatrième jour du typhus, prescrit une alimentation douce qui est continuée sans interruption pendant tout le cours de la maladie ; ces aliments sont d'abord du gruau, puis de la panade, du bouillon et de la gelée de viande.]

ARTICLE V.

FIÈVRE PUERPÉRALE.

§ I. — Étymologie.

[*Puerpera*, en latin, se disait de la femme en travail ou en couches : de là est venu le mot *puerpéral*. Strohter (en 1718) est le premier auteur qui se soit servi de l'expression de *fièvre puerpérale*. Cette expression est restée dans le langage médical, et il n'existe point de raison suffisante pour qu'on la remplace par une autre.

§ II. — Considérations générales.

L'état puerpéral (*puerperium*) n'était, dans l'opinion des anciens, que la période de l'accouchement et des suites de couches. De nombreuses observations, fruit du

(1) *Leçons de clinique médicale*, traduit par le docteur Jaccoud. Paris, 1863.

travail des médecins modernes, ont montré qu'il fallait étendre cette expression, d'une part aux femmes qui sont dans la période menstruelle, de l'autre aux enfants nouveau-nés, et peut-être aux fœtus dans les deux derniers mois de la vie intra-utérine. Il nous paraît indispensable, avant de décrire la maladie, de dire quelques mots de l'état mixte physiologico-pathologique qui y prédispose.

Les femmes sont soumises, autant que le permettent leurs organes, aux mêmes maladies que les hommes; mais, d'une part, la disposition différente de leur appareil génital, la fonction spéciale qu'elles accomplissent, et qui est sans analogue dans l'homme, la différence très-grande, sinon spécifique, qui existe entre leur constitution et celle de l'homme, engendrent certaines maladies générales, *totius substantiæ*, qui leur sont particulières. La fièvre puerpérale est une de ces maladies. Si nous admettons que le produit de la conception en puisse être atteint, c'est qu'il participe de la mère, et partage les conditions morbides où elle se trouve.

L'état puerpéral peut être le point de départ d'un très-grand nombre de maladies, que nous n'avons pas à décrire ici; tels sont : l'anémie et la pléthore aqueuse, la chlorose, la dyspepsie avec toutes ses variétés, l'hystérie, les vomissements incoercibles, la manie, les paralysies, et principalement les paraplégies; en un mot, ces maladies si nombreuses et si caractéristiques qui procèdent de la fonction génitale. La fièvre puerpérale est tout autre chose; l'utérus, en état d'activité fonctionnelle, en est le terrain, le point de départ nécessaire.

L'utérus d'une femme qui a ses règles est tuméfié, gorgé de sang, présente un état de congestion très-analogue à l'érection; du sang s'écoule hors de l'organe, la trompe est appliquée sur l'ovaire qui, le plus souvent, laisse échapper par rupture un œuf; il y a desquamation d'une partie de la muqueuse utérine, quelquefois presque toute cette muqueuse se détache et mue pour ainsi dire... Dans tous les cas, ce phénomène physiologique est sur la limite de l'état morbide. La fièvre puerpérale saisira la femme dans cette période, où elle n'est pas garantie contre l'introduction de la maladie. Dans les intervalles, quand l'organe ne fonctionne pas, il n'y aura pas de fièvre puerpérale. La fièvre puerpérale épargne les petites filles et les vieilles femmes; les femmes nubiles, dans la période d'activité fonctionnelle de l'utérus, en peuvent seules être atteintes. La conception apporte des modifications considérables dans l'état anatomique et physiologique de l'utérus. Cet organe présente, après l'accouchement, des phénomènes qui sont plus du domaine de la pathologie que de la physiologie. Une immense plaie existe, c'est la place qu'occupait le placenta, brusquement séparé de ses attaches utérines. La membrane muqueuse de l'utérus doit se réparer; l'organe, qui a plus que décuplé de volume, doit se déterger, expulser les débris des annexes du produit de conception. C'est là un immense travail physiologique, c'est là aussi une immense *opportunité morbide*. La maladie n'attend pas toujours que ce travail soit commencé, et il suffit qu'une femme soit grosse pour qu'elle puisse contracter ou engendrer la fièvre puerpérale. Le fœtus fait partie de l'organisme de sa mère, et il peut contracter les mêmes maladies, avec elle ou indépendamment d'elle. Quant au nouveau-né, si la mère a les lochies utérines, il a les lochies ombilicales, et l'expérience montre qu'il a à peu près la même *opportunité morbide* que la mère.

§ III. — Nature de la maladie.

Il serait oiseux de disserter sur l'essentialité ou la non-essentialité, et sur la spécificité de la maladie, et de se demander si elle mérite véritablement le nom de fièvre. La discussion remarquable dont la fièvre puerpérale a été le sujet, au sein de l'Académie de médecine, en 1857, a d'ailleurs montré qu'il ne faut pas chercher à accorder ensemble des opinions divergentes, et qu'il faut savoir prendre parti. Ceux-là seuls discutent, contestent, qui n'ont pas vu ou qui n'ont pas compris.

Parmi toutes les maladies qui sévissent sur les femmes en couches, il en est une, la fièvre puerpérale, dont les ravages acquièrent quelquefois les proportions d'une calamité publique. Procédant à la façon des affections pestilentielles épidémiques. la fièvre puerpérale fait, en très-peu de temps, de très-nombreuses victimes, et en présence de pareilles épidémies, la thérapeutique est désarmée. Voilà un fait qui est connu de tout le monde. Le bon sens public a accusé les *maternités* d'être des foyers de fièvre puerpérale. Lorsqu'une pareille épidémie règne dans une maison d'accouchements, toute femme qui y entre pour accoucher risque sa vie, tout aussi bien que l'homme affaibli et souffrant qui entre dans une ambulance ou règne le typhus. On voit alors, chose monstrueuse, l'accouchement, fonction physiologique qui, dans les prévisions naturelles, n'expose la femme qu'à une souffrance passagère, devenir le plus dangereux de tous les états. Les épidémies durent plus ou moins longtemps, se concentrent dans une localité, ou rayonnent au loin, faisant des victimes isolées; d'autres fois l'affection se montre sur une seule personne, c'est le cas le plus rare, car l'épidémicité est un des caractères de toute maladie infectieuse. Cette maladie n'est ni une métrite, ni une phlébite, ni une lymphangite, ni une péritonite, ni une infection purulente ou putride, ni un érysipèle, ni une pleurésie; elle est *une*, et ce que les esprits peu clairvoyants prennent pour autant de maladies différentes, n'est que la manifestation multiple et variée d'une cause unique. Lorsqu'une femme accouchée est prise d'un violent frisson de mauvais augure, avec altération des traits, petitesse et fréquence du pouls, agitation, ainsi que cela a lieu au début de la fièvre puerpérale, nul ne peut dire quelle sera la forme de la maladie, et s'il y aura prédominance de l'infection purulente ou de la péritonite, ou de la pleurésie, ou de la méningite, ou bien s'il n'apparaîtra pas quelque vaste érysipèle. La péritonite est la manifestation, de beaucoup la plus fréquente, de cette affection. L'utérus est le point de départ nécessaire de la maladie : il était ou il devient, le plus souvent, peut-être toujours, malade, en pareil cas; aussi existe-t-il encore des médecins, voués à l'observation des petits faits, qui, prenant l'effet pour la cause, ou le comment pour le pourquoi, ne voient dans la fièvre puerpérale qu'une métro-péritonite. Nous ne saurions mieux faire que de citer ici textuellement un passage remarquable du premier discours prononcé à l'Académie de médecine en 1858, par Paul Dubois (1) :

« Au point de vue de ses caractères anatomo-pathologiques, la fièvre puerpérale diffère essentiellement de la plupart des affections fébriles et continues qui peuvent devenir mortelles; quand on relève en effet les résultats d'un grand nombre d'observations recueillies pendant la vie, et de recherches faites après la mort, on

(1) *De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement.* Communications à l'Académie impériale de médecine. Paris, 1858, p. 115.

arrive inévitablement à cette conclusion, qu'il n'y a presque aucun organe qui ne puisse être altéré et souffrant dans le cours de la maladie, et aucun viscère ni aucun tissu dont on n'ait pu constater l'altération par l'examen cadavérique ; qu'ainsi la fièvre puerpérale, contrairement à ce que l'on observe dans les fièvres dites *essentielles*, n'a pas de caractère anatomique qui lui soit propre ; mais il est un fait qui ne saurait échapper, c'est que presque toujours les autopsies révèlent des suppurations étendues ou circonscrites, souvent disséminées, et qu'il n'est peut-être pas d'organe ou de tissu qui n'en ait été le siége ; que chaque épidémie semble se distinguer par ses lésions prédominantes ; enfin qu'il est des cas rares, il est vrai, dans lesquels l'observation la plus scrupuleuse ne révèle aucune altération manifeste..... Ce n'est pas l'étendue et l'intensité de l'inflammation qui font le caractère distinctif du groupe de symptômes qui me paraît constituer la fièvre puerpérale ! » — Trousseau n'hésite pas à prononcer le mot de *spécificité*.... « Comment, dit-il, nous expliquerons-nous que, dans certaines années, ces lésions puerpérales ou des plaies peu étendues, insignifiantes, tuent presque fatalement, et qu'elles guérissent facilement quelques mois après ou dans un autre lieu ? Pas autrement que par quelque chose de spécifique. » — Répondant à une objection qu'on fera toujours, ce médecin éminent disait : « On me demandera à quoi je distingue une péritonite puerpérale simple d'une péritonite épidémique, spécifique. Mais si je ne les distingue pas, cela ne prouve pas qu'il n'y a pas entre elles de différence, car les différences anatomiques ne sont pas les seules possibles. »

Quant à la nature intime de la maladie, à sa cause, M. Trousseau s'exprime ainsi : « De quelque manière que la matière morbifique ait envahi l'économie, qu'elle y ait été engendrée, ou qu'elle y ait pénétré du dehors, elle y germe ; c'est surtout sur les plaies qu'elle trouve un sol fertile où elle se multiplie, pour se propager à toute l'économie. C'est ainsi que le sang infecté par une gouttelette de pus varioleux produit une nappe purulente qui recouvre tout le corps. »

Nous pensons que, dans l'état actuel de la science, il n'existe rien de plus parfait que le passage du discours de Paul Dubois, où ce médecin, qui a tant pratiqué et si peu écrit, a résumé en quelques mots l'expérience de toute sa vie sur cette question. En cédant la parole à notre maître, nous croyons rendre service au lecteur. Qu'est-ce que la fièvre puerpérale ? « Sur cette question capitale au point de vue de la science, et, jusqu'à présent du moins, secondaire au point de vue pratique, les opinions sont partagées encore entre la doctrine de l'infection purulente, celle de l'infection putride et celle de l'essentialité, laquelle suppose l'intervention d'une cause générale, inconnue encore dans son essence, et dont l'un des premiers effets, sans doute, serait une altération des liquides, et surtout du sang. Je ne crois pas à l'infection purulente, parce que les suppurations étendues, et surtout disséminées, me paraissent être déjà un effet et non point une cause de l'altération du sang, et parce que les exemples de fièvre puerpérale mortelle, sans aucune trace apparente de suppuration, sont assez nombreux aujourd'hui pour autoriser l'opinion que je viens d'exprimer. Je crois moins encore à l'infection putride comme cause de la fièvre puerpérale, parce que cette doctrine me paraît beaucoup moins soutenable encore que la précédente. Qui ne voit, en effet, que si le séjour d'une certaine quantité de sang liquide ou coagulé, retenu dans l'utérus et s'y altérant, pouvait devenir la cause d'une intoxication du sang et des effets qu'on lui suppose, une

condition naturelle, constante et inoffensive, se convertirait en un danger permanent et redoutable ? Il n'y aurait presque aucun cas d'hémorrhagie consécutive à l'accouchement qui ne fût compliqué d'une infection putride ; car il n'y a pas de perte utérine un peu abondante, chez une accouchée, qui ne donne lieu au séjour et à l'altération de quelques caillots dans les voies génitales.

» En cet état de la science, j'admets l'altération primitive du sang par une cause encore inconnue, parce que cette hypothèse me paraît très-admissible, et parce qu'après la ruine des autres, elle est la seule à laquelle je puisse me rattacher. Je crois même que, dans un très-grand nombre de cas, cette cause contient en elle les éléments de la gravité ou de l'innocuité de la maladie, et pour ainsi dire son avenir, comme la cause qui produit l'intoxication varioligène du sang tient sous sa dépendance les inflammations spécifiques disséminées, desquelles résulteront plus tard les pustules discrètes ou confluentes de la variole. ?

Tel est donc, à notre époque, et en dépit des scrupules de ceux qui n'osent pas s'affranchir de l'anatomisme, le dernier mot de cette question : « La fièvre puerpérale est une affection *spécifique.* »

§ IV. — Anatomie pathologique.

On comprendra facilement qu'il est difficile de décrire le siége et les lésions habituelles de cette maladie, si l'on sait combien elle est protéiforme. Cependant on peut, parmi tant de manifestations diverses, reconnaître certaines lésions plus constantes, et qui correspondent à des formes déterminées de l'affection. L'utérus et le péritoine méritent surtout d'attirer l'attention. Il faut d'abord tenir compte de toutes les lésions traumatiques que l'accouchement a produites dans l'utérus même ou dans le vagin. Ces lésions sont le plus souvent des déchirures, des plaies, qui peuvent être le point de départ de la maladie. On a ainsi trouvé des gangrènes, de la pourriture d'hôpital, de la diphthérite, un état de putrescence particulière qui a paru correspondre à certains accidents d'infection putride. Le plus souvent, les lochies étant altérées et le travail de réparation physiologique de l'utérus s'accomplissant mal, on trouve la surface utérine baignée d'un liquide sanieux d'une extrême fétidité, résultat et non cause de la maladie. Les parois très-épaisses de l'utérus, après l'accouchement, sont souvent le siége de phlegmons, de phlébites et de lymphangites : le tissu de l'utérus est érectile, et contient autant de vaisseaux que de muscles ; très-fréquemment, en incisant la paroi, on la trouve criblée de pus. Souvent on suit des vaisseaux lymphatiques utérins, chargés de pus, jusque dans les ganglions sacrés et lombaires. Certains auteurs avaient pensé que la lymphangite était une redoutable lésion, et, comme elle est fréquente en pareil cas, ils lui attribuaient une partie de la gravité des accidents puerpéraux ; on est fort revenu de ces idées aujourd'hui. La phlébite s'observe également. Le plus souvent, c'est un cordon phlegmasique qui, parti de l'utérus, se prolonge dans un des ligaments larges ; parfois cette phlébite s'étend aux veines hypogastriques et iliaques, et descend dans les fémorales. La *phlegmatia alba dolens* n'est qu'une phlébite du membre inférieur, accident local, phlegmasique, le plus souvent peu grave, et qui n'est point du domaine de la fièvre puerpérale. D'autres veines, en grand nombre, peuvent renfermer du pus et des caillots, ainsi que cela a lieu dans la forme *infec-*

tion purulente de la fièvre puerpérale. Un médecin de nos jours, qui a étudié avec beaucoup de succès cette question, M. Béhier, pense qu'il y a toujours une métrite, avec propagation au péritoine, au début de la fièvre puerpérale ; le siége de ces premiers accidents phlegmasiques serait presque toujours à l'un des angles de l'utérus.

Les annexes de l'utérus, les trompes, les ovaires, sont souvent altérés ; on y trouve des signes de phlegmasie, souvent du pus. Il n'est pas rare de voir les trompes remplies d'un liquide puriforme. Les ovaires sont parfois criblés de petits abcès, ou recouverts de fausses membranes pyogéniques très-épaisses. Le péritoine est presque toujours le siége d'épanchements séro-purulents. Ici il ne faut pas juger précisément de l'intensité de la maladie par le degré de la phlegmasie : ce serait plutôt le contraire qui serait vrai. Lorsque la fièvre puerpérale a été rapide et comme foudroyante, on ne trouve pas les fausses membranes épaisses et résistantes de la péritonite franche et déjà ancienne ; on trouve la cavité péritonéale remplie d'un liquide séro-purulent très-abondant où flottent des flocons albumino-fibrineux ; çà et là des fausses membranes à peine formées, principalement autour de l'utérus, dans le bassin et sur le foie. La quantité de l'épanchement est souvent énorme ; c'est un des caractères de la maladie. La sérosité se transforme parfois en pus, avec la plus grande rapidité, et il semble qu'il y ait, pour ainsi dire, de la purulence d'emblée ; les fausses membranes sont alors rares, et le péritoine est recouvert de pus. Pareille chose a lieu dans les plèvres. Le mot de péritonite éveille dans l'esprit l'idée d'inflammation ; mais il y a loin de la péritonite inflammatoire à la péritonite de la fièvre puerpérale : la première est une phlegmasie ; la seconde est une infection dont le caractère principal est de produire le pus en grande abondance. Souvent les fausses membranes existent sur tous les viscères qu'elles font adhérer entre eux ; le tissu cellulaire du bassin est fréquemment infiltré de pus, dans toute la périphérie. Les plèvres sont fréquemment le siége d'épanchements séro-purulents avec fausses membranes. Ces épanchements surviennent très-rapidement ; quelquefois ils accompagnent la péritonite, et parfois ils existent seuls. Les choses se sont passées ainsi dans l'épidémie observée à la Maternité, en 1854, par Charrier ; on a observé également des méningites. Lorsque l'infection purulente est la forme dominante, on trouve du pus dans les viscères, poumons, foie, rate, dans les articulations, dans les muscles. Parmi les lésions plus rares, nous signalerons les érysipèles et les phlegmons, les gangrènes, etc. Nous ne parlons pas ici des accidents qui suivent les couches, mais qui n'appartiennent pas en propre à la fièvre puerpérale, éruptions, embolies, etc.

L'état du sang mériterait d'être mentionné, si les recherches de chimie animale, faites depuis quelques années, avaient une valeur véritablement médicale. Malheureusement il n'en est rien. Il nous suffira de citer le passage suivant du docteur Vögel, pour montrer au lecteur qu'il n'y a actuellement aucun parti à tirer de semblables analyses : 1° Le sang était acide et ce fait serait dû à la présence de l'acide lactique ; 2° on y aurait trouvé du carbonate d'ammoniaque ; 3° dans d'autres cas, de l'hydrosulfate d'ammoniaque ; 4° il aurait perdu la faculté de se coaguler ; 5° les globules ne seraient plus aptes à rougir au contact de l'air, et, par conséquent, ne pourraient plus jouer leur rôle pendant l'acte de la respiration ; 6° les globules

seraient, en partie, décomposés et dissous dans le sérum, qui offrirait une coloration rougeâtre ou d'un brun sale.

Quelques auteurs, pensant que la fièvre puerpérale était une sorte de fièvre purulente, avaient insinué que le sang contenait peut-être du pus : il n'en est rien. Le sang est malade, cela est incontestable, parce que le sang fait partie de l'organisme et qu'il y a ici *morbus totius substantiæ*.

Il existe des cas authentiques de fièvre puerpérale ayant entraîné la mort, et où l'autopsie n'a pas révélé de lésions appréciables, d'aucune sorte, ni dans les liquides, ni dans les solides. La nature des épidémies entraîne la nature des lésions : c'est tantôt la péritonite, tantôt l'infection purulente ou putride, quelquefois la pleurésie purulente, etc.

§ V. — Symptômes.

Il faut distinguer la fièvre puerpérale consécutive, qui se déclare plusieurs jours après l'accouchement, et après des phénomènes morbides locaux, tels que la métro-péritonite ou la péritonite pelvienne de la fièvre puerpérale d'emblée. Suivant Béhier, cette seconde forme n'existerait pas, et la métro-péritonite précéderait toujours la fièvre puerpérale, ne fût-ce que de quelques heures. Quoi qu'il en soit, le moment où la fièvre puerpérale se déclare et prend possession de l'économie est accusé par des symptômes caractéristiques. Le professeur Depaul s'exprime ainsi : « L'époque à laquelle surviennent les premiers accidents, n'est pas indifférente. La fièvre puerpérale qui peut se déclarer pendant la grossesse, pendant le travail, ou dans les premières heures qui suivent l'accouchement, apparaît surtout dans les quatre ou cinq premiers jours, et, en particulier, au bout de quarante-huit ou cinquante heures; il est très-rare de la voir faire invasion après le huitième jour. » Cependant des cas de ce genre ont été observés, et l'on peut dire que tant que les lochies existent, il y a possibilité de la fièvre puerpérale. Le début de cette affection est quelquefois subit, et saisit les femmes peu d'instants après leur accouchement, surtout en temps d'épidémie, dans les *maternités*. L'époque d'apparition des premiers accidents coïncide quelquefois avec le moment de la *fièvre de lait*. Le premier symptôme est un frisson violent qui marque l'invasion. Ce frisson est intense, prolongé, douloureux, et ne saurait être comparé qu'à ceux de l'infection purulente ou des fièvres intermittentes graves; il dure parfois plusieurs heures et se répète de façon à simuler une fièvre intermittente. Le pouls est fréquent, le plus souvent au-dessus de 120; il est petit et dépressible. La peau n'est pas très-chaude et le frisson n'est pas suivi de sueur. S'il y a des sueurs, c'est ordinairement vers la fin de la maladie, et elles sont alors froides et visqueuses. La face est profondément altérée, anxieuse, et exprime souvent une sorte de terreur. Le *facies abdominal*, surtout lorsque la péritonite prédomine, est des plus marqués, et la physionomie à elle seule suffit souvent au diagnostic. La respiration est haute, courte, entrecoupée. Les malades accusent un malaise considérable dans la région épigastrique, et ce n'est pas seulement lorsqu'il y a de la péritonite. Cependant, le plus souvent, la péritonite se déclare, le ventre est extrêmement sensible à la pression, non en un point mais partout; il se tuméfie, se ballonne; les intestins, remplis de gaz, se dessinent à travers

la paroi abdominale; le diaphragme est refoulé, la respiration gênée; tout mouvement devient impossible; des éructations ont lieu; chaque mouvement, chaque contraction intestinale arrache des cris aux malades; des vomissements bilieux, verts, porracés, ont lieu avec une singulière fréquence; c'est en vain qu'on veut s'y opposer, la bile est sécrétée en quantité énorme et le vomissement est un soulagement : nous avons trouvé, dans l'estomac de femmes mortes de fièvre puerpérale, jusqu'à deux litres de ce liquide bilieux. A cette agitation, à ces cris, à ces douleurs incessantes, qui sont encore la lutte, succède la torpeur, l'amoindrissement des forces; la voix est soufflée et sans timbre, comme celle des cholériques; la face est tirée, comme amaigrie; la peau est froide, le ventre peu sensible; vingt-quatre heures ont quelquefois suffi pour amener ce changement, et la mort survient. Souvent on a vu les malades délirer ou tomber dans une sorte d'extase, pendant les derniers temps de la vie. Souvent les malades accusent, au début, des douleurs articulaires violentes ou des douleurs musculaires. Souvent la diarrhée se montre et les selles deviennent involontaires. La langue est le plus ordinairement large, molle, humide, quelquefois recouverte d'un enduit sale. Lorsque, dit Depaul, dans les trois ou quatre premiers jours qui suivent l'accouchement, une femme éprouve un frisson violent, lorsque son pouls, devenu petit et dépressible, s'élève à 140 pulsations par minute, lorsqu'on observe les divers troubles d'innervation et de respiration dont nous avons parlé, lorsqu'un peu plus tard apparaissent les douleurs rhumatoïdes, et lorsqu'en même temps on voit le visage s'altérer profondément, on peut hardiment porter son diagnostic : la fièvre puerpérale a fait invasion. On peut aller plus loin, et annoncer qu'elle sera presque fatalement mortelle, surtout si l'on observe en temps d'épidémie, et dans une maison spéciale d'accouchements.

Formes. — Cette forme grave de la maladie est la plus commune, mais il en existe d'autres. Il arrive quelquefois qu'après un violent frisson et les signes du début de l'affection, une sueur profuse a lieu, qu'un érysipèle s'établit, qu'il se produit en un point du corps, en un organe moins sensible et moins délicat que le péritoine, une localisation morbide qui reste limitée : c'est une pleurésie, un phlegmon, etc. D'autres fois c'est une phlegmasie de la mamelle; souvent ce sont des lésions gangréneuses ou diphthéritiques des parties génitales. Dans certains cas, la péritonite elle-même semble se localiser, et l'extrême gravité des premiers symptômes disparaît, pour faire place à la gravité relative d'une péritonite simple. Il arrive assez souvent que les deux plèvres sont, en même temps, le siége d'un épanchement séro-purulent considérable, qui, dans un grand nombre de cas, entraîne la mort. L'infection purulente, particulière à la fièvre puerpérale, est une forme grave de la maladie, mais on en guérit néanmoins. La durée de cette maladie est alors très-longue, et l'on voit se montrer, en divers points du corps, des accidents qui se rattachent tous à la même cause. L'ictère n'est pas rare dans la fièvre puerpérale, soit qu'il y ait phlegmasie et abcès du foie, ce qui est l'exception, soit qu'il y ait excitation de cet organe et hypersécrétion de bile, par suite de la péritonite. L'infection putride peut se montrer également et entraîner la mort; on l'attribue alors à la putrescence des caillots contenus dans l'utérus, à la putréfaction de portions du délivre qui n'ont pu être extraites, au séjour prolongé dans l'utérus, après la rupture des membranes, d'un fœtus mort. En pareil cas, il y a des fris-

sons moins marqués que dans l'infection purulente. La langue devient sèche et fuligineuse, la face a une teinte terreuse. Il se produit une sorte de fièvre hectique avec diarrhée, et la mort peut survenir.

Les fœtus, surtout en temps d'épidémie, meurent souvent de péritonite, dans le sein maternel. On a vu plusieurs fois les femmes qui avaient mis au monde des œtus ainsi morts, succomber elles-mêmes à la péritonite. Les enfants nouveau-nés, en temps d'épidémie puerpérale, sont sujets aux érysipèles, aux ophthalmies diphthéritiques et purulentes, aux phlegmons, et ils succombent, en grand nombre, à la péritonite; on a observé assez souvent chez eux l'infection purulente et l'infection putride. Chez quelques-uns on a vu des gangrènes en différentes parties du corps.

§ VI. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Lorsque la fièvre puerpérale affecte la forme abdominale, elle marche avec une extrême rapidité; et, dans les cas trop fréquents où elle entraîne la mort, sa durée moyenne est de quatre jours. Quelquefois la mort survient au bout de vingt-quatre heures; d'autres fois, au bout de dix jours. La constitution épidémique joue ici un rôle considérable. Lorsque la maladie ne fait, pour ainsi dire, qu'effleurer l'économie, le frisson du début est bien vite suivi d'une sédation, d'un apaisement de tous les symptômes; le pouls retombe au-dessous de 120; les frissons ne reparaissent pas; la peau est moite; au bout de quarante-huit heures, la forme bénigne de la maladie doit apparaître clairement.

Si, au contraire, les accidents vont, pendant ce temps, en s'aggravant; si les frissons redoublent, si le pouls conserve sa fréquence, s'il survient de l'agitation, la gravité et souvent l'incurabilité de la maladie apparaît. Lorsque les cas graves marchent néanmoins vers la guérison, la durée de la maladie peut se prolonger pendant plusieurs semaines, surtout s'il y a des épanchements dans les plèvres, des arthrites, des phlébites, des phlegmons des muscles, etc. La convalescence, dans tous les cas, sera longue. Les rechutes sont rares; mais, aux premiers accidents aigus, peuvent succéder des affections, principalement des annexes de l'utérus, dont la durée est indéterminée.

La terminaison ordinaire de la fièvre puerpérale grave est la mort. Dans les cas légers, la guérison est facile et rapide. On a noté, parmi les signes de bénignité, la persistance et l'abondance des lochies, la facile sécrétion du lait, l'apparition d'un *herpes labialis*.

§ VII. — Diagnostic.

Lorsque l'on vit dans le milieu épidémique de la fièvre puerpérale, on ne saurait méconnaître cette affection ; ce n'est pas qu'elle ait, à proprement parler, de symptôme pathognomonique. C'est, ainsi que le dit Depaul, dans le caractère de plusieurs de ses symptômes, dans leur apparition simultanée ou successive, qu'un œil exercé saisit un cachet particulier, qui lui fait presque toujours reconnaître, de prime abord, la gravité et la véritable nature du mal. On peut facilement confondre la péritonite avec la fièvre puerpérale. Le danger de cette confusion est nul; la maladie ne tarde pas à acquérir les caractères distinctifs qui lui sont propres. L'intensité et la durée du frisson initial, l'extrême fréquence et la petitesse du pouls, l'agitation, l'altération profonde de la face, la prédominance, au début, des phénomènes généraux sur les accidents locaux, caractérisent la fièvre puerpérale. Dans

la péritonite, c'est la maladie locale qui prédomine. Il arrive assez souvent que, trente-six ou quarante huit heures après l'accouchement, il survient du frisson avec élévation du pouls, chaleur de la peau, douleurs de ventre ; c'est peut-être le début de la *fièvre de lait*. Ces accidents ne durent pas, et ne sauraient être confondus avec le début de la fièvre puerpérale. Ils tiennent soit à la montée du lait, soit à la fièvre traumatique, soit à la rétention d'urine, etc. Cette question a été particulièrement étudiée par Charpentier (1). On doit toujours chez une nouvelle accouchée considérer comme un symptôme de quelque importance l'accélération du pouls, et en rechercher la cause, d'autant plus que le pouls après l'accouchement subit un notable ralentissement, ainsi que Blot l'a démontré (2).

§ VIII. — Pronostic.

Lorsque l'affection est bien caractérisée, le pronostic est toujours de la plus haute gravité. En temps d'épidémie, et surtout lorsque règne la forme abdominale, la mort est la règle. La gravité est moindre lorsque la maladie affecte les autres formes que nous avons signalées.

§ IX. — Étiologie.

Le *génie épidémique* est un fait que nous constatons, sans le comprendre. Tant que dure une épidémie de fièvre puerpérale, il ne faut, pour ainsi dire, pas chercher d'autre cause de la mort des femmes en couches, si l'on en excepte toutefois les causes traumatiques. C'est en vain, en temps ordinaire, alors que la fièvre puerpérale ne règne pas, que les femmes accoucheront dans des lieux insalubres, mal aérés, humides, encombrés ; c'est en vain que l'inhabileté, l'incurie présideront à leur accouchement ; ni la pauvreté, ni l'imprudence, ni l'absence de soins ne causent la fièvre puerpérale. Cette maladie sévit dans les palais comme dans les chaumières. Les femmes jeunes, vigoureuses, primipares, dont la grossesse n'a été marquée par aucun accident, dont l'accouchement a été facile et dirigé par une main habile, succomberont en temps d'épidémie. L'expérience a démontré que la fièvre puerpérale s'engendre et s'entretient volontiers dans les maisons d'accouchements, comme la peste et le choléra dans les navires et les camps. Il ne faut pas chercher ici les petites causes. Ce n'est pas la fétidité des lochies qu'il faut accuser, et toutes les injections du monde ne peuvent rien contre le génie épidémique. L'émotion publique, dirigée ou égarée par les médecins qui cherchent les palliatifs, a souvent cherché dans l'insalubrité, dans la mauvaise aération des habitations, dans le mauvais état de la literie, la cause de cette maladie. Toutes les tentatives faites pour dissiper les épidémies par l'hygiène entendue ainsi sont et seront vaines.

Épidémie. — La fièvre puerpérale est quelquefois sporadique ; mais, le plus souvent, elle est épidémique. « On a vu, dit S. Tarnier, la fièvre puerpérale, en 1819, régner à la fois à Vienne, Prague, Dresde, Wurtzbourg, Bamberg, Anspach, Diligen, à Lyon, à Paris, Dublin, Glasgow, Stockholm, Saint-Pétersbourg. Il est assez curieux également de voir quelques-unes de ces épidémies s'étendre aux femelles mêmes des animaux domestiques, aux chiennes, par exemple, dans l'épidémie observée à Londres, en 1787 et 1788, et dans celle de 1821 à Édim-

(1) Charpentier, *Des accidents fébriles chez les nouvelles accouchées*, thèse. Paris, 1863.
(2) *Du ralentissement du pouls dans l'état puerpéral* (*Archives générales de médecine*, 1863. — *Bulletin de l'Académie de médecine*).

bourg, ainsi qu'aux vaches qui vêlèrent à cette époque dans plusieurs parties de l'Écosse, enfin aux poules pondeuses des environs de Prague, dans l'épidémie de 1835 (1). »

Il ne se passe pas d'année, sans que la Maternité et le service d'accouchements de la Faculté de médecine de Paris soient fermés plusieurs fois, à cause de la très-grande mortalité qui s'y produit instantanément et sans raison apparente. Lorsqu'une épidémie règne, elle se borne souvent à un quartier, à un hôpital ; mais quelquefois la maladie rayonne aux environs, et elle peut envahir toute une contrée. La durée de ces épidémies est souvent courte. Il est arrivé quelquefois qu'à la Maternité de Paris, vingt ou trente femmes sont mortes dans une semaine, et que, dans la semaine qui a suivi, il ne s'est pas produit un seul cas de maladie. En général, ces épidémies ne durent pas plus de quatre à cinq mois ; mais elles peuvent se montrer plusieurs fois dans la même année.

Nous empruntons à un récent travail de S. Tarnier les chiffres suivants : *La mortalité est dix sept fois plus considérable à la Maternité de Paris qu'en ville :*

		Accouchements.	Décès.	
Ex : en 1856.	En ville........	3222	10	1/322
	A la Maternité.......	2237	132	1/19

Dans son *Étude sur les hôpitaux*, Husson relate, sans en faire comprendre la moralité, les chiffres suivants (la mortalité est indiquée pour une période de soixante ans), à la *Maternité* de Paris :

Période décennale.	Nombre des accouchements.	Décès.	Mortalité p. 100.
De 1802 à 1809	15 307	610	3,92
1809 à 1819	23 484	1114	4,74
1819 à 1829	25 895	1293	4,99
1829 à 1839	26 538	1125	4,23
1839 à 1849	34 776	1458	4,19
1849 à 1859	24 944	1298	5,20
1859 à 1861	4 161	475	11,41
Total.......	155 105	7373	4,75

Les autres hôpitaux de Paris ne sont pas mieux partagés :

		Accouchements.	Décès.	
De 1802 à 1862	Hôtel-Dieu......	22 363	721	3,22
1808 à 1862	Saint-Louis......	15 719	628	3,98
1811 à 1862	Saint-Antoine....	3 979	278	6,98
1835 à 1862	Clinique........	21 957	1002	4,56
1854 à 1862	Lariboisière	5 022	395	7,86

Une statistique publiée par Malgaigne sur les accouchements, à Paris, en 1861 et 1862 (3), donne les chiffres suivants :

	Accouchements.	Décès.
Dans les hôpitaux.....................	14 197	1169
En ville et dans les Bureaux de bienfaisance...	99 911	559

Ces chiffres inspirent à S. Tarnier les réflexions suivantes : Si la mortalité n'avait pas été plus forte dans les hôpitaux que dans la ville, on y compterait à peine

(1) S. Tarnier, *De la fièvre puerpérale*, thèse. Paris, 1858.
(2) *Mémoire sur l'hygiène des hôpitaux de femmes en couches*. Paris, 1864.
(3) *Bulletin officiel du ministère de l'intérieur*, 1864, n° 7, p. 153.

80 décès au lieu de 1169. Une pareille mortalité devient une véritable calamité publique.

Maternités. — La mortalité est beaucoup plus considérable dans les maisons hospitalières d'accouchements que dans la ville, et surtout dans les campagnes. S. Tarnier, qui a fait le relevé de la mortalité dans différents hôpitaux de Paris, comparée à la mortalité des femmes en couches de la ville, est arrivé aux chiffres suivants : la mortalité des femmes en couches est dix-sept fois plus considérable à l'hôpital qu'à domicile. C'est un fait notoire aujourd'hui que les enfants nouveau-nés succombent aussi, en grand nombre, à la péritonite, dans les hôpitaux d'accouchements.

Infection, contagion. — L'infection est tellement évidente qu'elle n'a pas besoin d'être démontrée. On a vu toutes les femmes d'une même salle, au nombre de vingt (Trousseau), succomber à la fièvre puerpérale. La contagion est probable. C'est dans les moments de grandes épidémies que l'on a vu succomber à cette maladie des femmes qui soignaient les malades, et qui n'avaient d'autre condition de puerpéralité quo l'état menstruel. D'autre part, les médecins ont souvent été accusés, et quelques-uns se sont accusés eux-mêmes d'avoir servi de moyen de transport de la matière morbifique d'une femme malade à une femme saine. Voici à cet égard l'opinion qu'exprimait, à l'Académie impériale de médecine, Paul Dubois : « Je ne conteste pas l'importance des faits invoqués, je ne prétends même pas que la propagation de la fièvre puerpérale par des inoculations involontaires soit impossible ; mais il me sera permis de faire une observation générale, c'est que l'origine, en quelque sorte artificielle et secrète, de ces faits pathologiques ne repose que sur une présomption, qui peut être admise sans contredit, mais que des esprits sévères pourront toujours constater (1). »

§ X. — Traitement.

Prophylaxie. — Il n'y a pas de traitement classique de la fièvre puerpérale. Toutes les médications ont été employées ; toutes ont eu des succès, et de plus nombreux revers. Tour à tour les doctrines médicales régnantes ont imposé à la pratique une thérapeutique que justifiaient les meilleures raisons, selon le temps. Le scepticisme a gagné tout le monde ; l'impuissance des thérapeutiques dites rationnelles, des moyens dits spécifiques, est aujourd'hui évidente. L'empirisme, la médecine perturbatrice, la fantaisie, qui n'est que l'apparence du génie, se sont essayés, et le nombre de morts n'a pas diminué. Voilà la vérité exacte et triste, en ce qui concerne le traitement de la fièvre puerpérale grave.

Indications dans le cours de la maladie. — Ce n'est pas qu'il n'y ait des indications, et que le médecin soit nécessairement désarmé ; mais ces indications sont du domaine de la médecine générale, elles n'ont rien qui s'applique en particulier à la fièvre puerpérale. Voici ces indications :

Suivant les épidémies, il y a prédominance de l'état saburral, ou d'accès de fièvre à retour périodique, ou de phlegmasie du péritoine : alors il est certain que des

(1) *De la fièvre puerpérale, de sa nature et de son traitement.* Communications à l'Académie impériale de médecine, par MM. Guérard, Depaul, Beau, Piorry, Hervez de Chégoin, Trousseau, Paul Dubois, Cruveilhier, Danyau, Cazeaux, etc. Paris, 1858, in-8.

vomitifs ou des purgatifs administrés à propos, que le sulfate de quinine, que des sangsues et des bains seront employés avec plus ou moins de succès. Ce n'est plus, comme on le voit, le traitement de la maladie, c'est le traitement d'après les indications.

Le professeur Béhier (1) a soutenu récemment cette thèse que : la maladie débutant nécessairement par une phlegmasie de l'utérus ou de ses annexes, il fallait la traiter par les antiphlogistiques. Il applique des sangsues, en grand nombre, au point douloureux, et revient fréquemment à ce moyen, dont il dit avoir à se louer. En pareil cas, toute foi est honorable, et l'on ne doit pas blâmer ce moyen.

Les grands vésicatoires appliqués sur le ventre, le collodion, les moyens révulsifs de toute nature, les bains, ont été préconisés et n'ont pas donné de résultats probants. Quant aux injections utérines, aux lotions astringentes ou détersives, ce sont des moyens adjuvants, dont la portée, quant au fond de la question, est nulle.

Actuellement il ne reste debout que la méthode de Béhier, qui est d'appliquer successivement un grand nombre de sangsues sur l'abdomen, et celle de Beau, qui est d'administrer le sulfate de quinine à la dose de 1 gramme au moins, aux nouvelles accouchées, en temps d'épidémie, avant même le début des accidents.

Nous pensons qu'il faut prémunir les médecins contre l'opinion erronée que les vomissements doivent être réprimés ; il est préférable qu'ils aient lieu lorsque l'estomac est chargé, comme cela arrive souvent, de liquide bilieux. Tous les moyens qui peuvent calmer les douleurs seront employés fort à propos dans les cas graves. Quand le médecin n'espère pas guérir, il ne doit pas désespérer de soulager.

Il y a beaucoup à dire sur l'hygiène et sur la prophylaxie. Il y a une parole que connaissent bien tous les élèves de Paul Dubois : « En temps d'épidémie, il vaut mieux, pour une femme, accoucher dans la rue que dans notre service d'hôpital. » Il y a, dans cette parole, un sens pratique qui n'échappera pas au lecteur. Et d'abord, avant toutes choses, il faut qu'à tout prix les femmes soient soustraites au milieu épidémique. On a vu des femmes atteintes des premiers accidents, et qui, transportées hors du foyer épidémique, ont guéri. Ces faits-là devraient être connus de tout le monde. N'est-il pas évident que la préoccupation de tout médecin éclairé devra être de savoir s'il règne là, où l'appelle un accouchement, une épidémie de fièvre puerpérale, et qu'il devra donner ses ordres pour que la femme soit transportée ailleurs, et qu'il en devra être de même pour les nouveau-nés ? C'est là une pratique qui existe déjà pour les classes riches, et il faut l'étendre aux classes pauvres. Il faut que les médecins, qui n'ont droit à la considération publique qu'autant qu'ils servent les intérêts du public, se pénètrent de cette idée : que les *maternités* sont des foyers habituels de fièvre puerpérale, et que c'est là une institution qu'il faut détruire ou transformer. On peut hésiter quant au moyen, mais non quant au but.]

ARTICLE VI.

FIÈVRE JAUNE.

La fièvre jaune est une maladie qui ne se montre pas dans tous les pays ; il y a des limites géographiques qu'elle n'a jamais franchies. Les lieux où on l'observe

(1) *Étude sur la maladie dite fièvre puerpérale*. Paris, 1855.

sont : les îles et une partie du continent de l'Amérique, et quelques points de l'Afrique ; mais assez fréquemment on l'a vue se montrer, sous forme d'épidémie, sur le littoral de l'Espagne et du Portugal. On l'a vue aussi apparaître à Livourne, en Italie ; et à Bordeaux, à la Rochelle, à Rochefort et à Brest (1), [et dans ces derniers temps à Saint-Nazaire (1861). Cette dernière épidémie, née à bord d'un navire du commerce *l'Anne-Marie*, parti de la Havane depuis un mois, atteint presque tout l'équipage (9 personnes sur 16). La présence du navire en rade de Saint-Nazaire développa un centre d'infection qui gagna sept autres navires. Ce fait a donné lieu à une enquête dont on trouvera les résultats consignés dans la relation publiée par le docteur Mélier (1863) (2).]

Quel est le lieu d'origine de la fièvre jaune ? Il est impossible de répondre d'une manière précise à cette question. Cependant, si l'on considère que, dans l'antiquité, on ne trouve aucune trace évidente de cette affection ; qu'elle n'a commencé à être bien connue qu'après le retour des Espagnols du nouveau monde ; que c'est là qu'elle règne le plus constamment et qu'elle exerce les plus grands ravages, on est porté à admettre que c'est en Amérique qu'elle a pris naissance, sans pouvoir décider toutefois si elle y existait déjà avant l'arrivée des Espagnols (ce qui néanmoins paraît probable), ou si elle s'y est développée après la conquête.

Avant le milieu du XVIIe siècle, nous ne trouvons que des indications plus ou moins vagues de la fièvre jaune. Vers cette époque seulement, les descriptions prirent un caractère scientifique ; puis elles se multiplièrent, la maladie étant étudiée à la fois dans les colonies espagnoles, françaises, anglaises, et dans les points de l'Europe où se déclaraient les épidémies.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Il est difficile de donner une bonne définition de la fièvre jaune. On a dit que cette affection était une maladie fébrile caractérisée par la couleur rouge, puis jaune, des téguments, par la douleur épigastrique, les vomissements noirs et la rétention d'urine ; mais ces symptômes ne se montrent que dans les cas graves ; il est des cas si légers, qu'à peine aperçoit-on un faible malaise, sans jaunisse, et sans aucun des autres symptômes que je viens d'indiquer ; et cependant une étude attentive des faits prouve que l'affection n'en a pas moins existé, et que les sujets sont préservés pour l'avenir. Je n'en dirai pas davantage sur ce point, quant à présent, et je renvoie à l'indication des lésions anatomiques ce que j'ai à dire du caractère épidémique de la fièvre jaune.

Cette affection a été désignée sous un grand nombre de noms différents : *typhus, typhus ictérode, nautique, typhus amaril* ou *typhus jaune, fièvre bilieuse d'Amérique, coup de barre*, etc. On lui a donné aussi les noms des pays où on l'a observée : *fièvre d'Amérique, de la Martinique, des Barbades, de Livourne ;* ou bien on l'a désignée par l'un de ses symptômes : *vomito negro, vomissement noir*, etc., etc.

[La fréquence de la fièvre jaune est extrême dans l'Amérique du Sud, dans les

(1) Beau, *Rapport sur les cas de fièvre jaune, etc.* (*Bull. de l'Académie de médecine*, 1856-1857, t. XXII, p. 889).

(2) *Relation de la fièvre jaune survenue à Saint-Nazaire en* 1861. Paris, 1863, in-4°.

ports et sur le littoral à l'embouchure du Mississippi, dans le golfe du Mexique, les Antilles, pays où elle est presque endémique. La statistique suivante empruntée à l'ouvrage de Dutroulau (1) montre la fréquence de cette maladie à la Martinique et à la Guadeloupe seulement :

Années.	Malades.
1851	178
1852	1422
1853	198
1854	1
1855	558
1856	1210
1857	862.]

§ II. — Causes.

Nous avons dit plus haut que la *fièvre jaune ne se montre que dans certaines régions.* C'est un fait qui est établi sur les plus nombreuses observations ; mais sans entrer dans d'autres détails, nous nous contenterons de dire qu'elle n'a jamais dépassé le 48e degré de latitude boréale et le 8e degré de latitude australe.

Un certain degré d'élévation de la température est, d'après toutes les recherches, nécessaire pour que la maladie se produise (+ 18 degrés environ). Si ce degré est dépassé, si la chaleur devient brûlante et le pays aride, on ne voit pas la fièvre jaune ; au-dessous de ce degré elle n'existe pas davantage.

Quant aux *saisons*, l'été et l'automne sont celles dans lesquelles se développe le plus souvent la maladie.

Beaucoup d'auteurs, parmi lesquels il faut signaler principalement Chervin (2), ont avancé que la fièvre jaune est de nature paludéenne, c'est-à-dire qu'elle est due à la même cause que la fièvre intermittente. Souty (3) partage cette opinion, sans toutefois accorder à cette cause une influence exclusive ; mais tous les faits ne viennent pas à l'appui de cette explication. Dutroulau (4), qui nous a donné une très-bonne description de l'épidémie de fièvre jaune qu'il a observée à la Martinique, de 1839 à 1841, cite des épidémies qui se sont développées dans des lieux très-éloignés de tout terrain marécageux ; et, dans un livre récent (5), ce médecin donne de nouvelles preuves à l'appui de sa première assertion.

[Confondre la fièvre jaune avec les fièvres palustres, c'est ignorer les différences radicales qui séparent ces deux espèces de maladies. Dans un parallèle saisissant, le docteur Cornilliac, auteur d'un livre sur la fièvre jaune observée à la Martinique (6), montre que les fièvres paludéennes sont constantes, permanentes, tandis que la fièvre jaune cesse et se montre brusquement ; que les gens atteints de fièvre palu-

(1) *Maladies des Européens dans les pays chauds.* Paris, 1861.

(2) *De l'identité de nature des fièvres d'origine paludéenne* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1842, t. VII, p. 1045 et suiv.).

(3) Thèse, Montpellier, 1845.

(4) Thèse, Paris, 1842.

(5) *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds.* Paris, 1861.

(6) *Études sur la fièvre jaune à la Martinique de 1669 à nos jours.* Port-de-France, 1864.

déenne, transportés loin du pays marécageux, ne forment pas un centre d'infection et ne deviennent pas foyer d'épidémie, tandis qu'il en est tout autrement pour la fièvre jaune. Lorsque la fièvre jaune frappe, dit ce médecin, ses coups sont dirigés de préférence sur des sujets jeunes, robustes, vigoureux, et d'un tempérament sanguin; elle dédaigne les sujets faibles et anémiques; elle ne se montre qu'une fois chez le même individu. Il n'en est pas de même des fièvres paludéennes; il n'y a pas pour les fièvres paludéennes, comme pour la fièvre jaune, cette espèce d'acclimatement qui résulte des modifications que cette dernière affection fait subir à l'économie tout entière. Un observateur distingué, le docteur Dutroulau, s'exprime ainsi, sur ce sujet, à l'occasion de l'épidémie de fièvre jaune observée en 1852 à la Martinique : « Quand on compare l'ensemble des symptômes d'une fièvre pernicieuse avec ceux de la fièvre jaune, il est impossible de les confondre. Sans doute, dans les différentes fièvres pernicieuses, on peut rencontrer un à un, deux à deux, la plupart des symptômes de la fièvre jaune; mais dans aucun cas on n'observe réunis, le masque, les douleurs propres de la première période, puis l'ictère, les hémorrhagies et le vomissement noir de la seconde... Le vomissement noir, à lui seul, suffit pour caractériser la fièvre jaune; on a confondu sans doute les vomissements bilieux foncés ou les vomissements hémorrhagiques avec le véritable vomissement noir. Celui-ci ne contient jamais ni bile ni sang; il est formé par un liquide brun, couleur bistre, encre de Chine, tachant le linge de cette couleur, et par une matière ayant l'aspect, tantôt du thé noir, tantôt du marc de café, tantôt de la suie délayée. Il n'est donc pas permis de confondre la fièvre jaune avec aucune des formes de la fièvre pernicieuse, pas plus qu'avec aucune autre maladie. »]

Tous les auteurs s'accordent à ranger l'*humidité* parmi les causes principales de la fièvre jaune; Dutroulau admet lui-même l'influence de cette cause. Il est, en effet, remarquable que c'est dans les saisons pluvieuses et dans les lieux où les pluies sont abondantes et de longue durée, que se montre particulièrement la maladie. Ces deux conditions, *humidité* et *chaleur*, paraissent donc les principales circonstances atmosphériques dans lesquelles elle se développe.

Il faut y joindre, d'après les recherches de Dutroulau, certains *vents* qui varient suivant les lieux, le vent du sud, par exemple, pour la Martinique; l'abondance de l'*électricité* dans l'atmosphère, les *orages*.

[Les progrès réalisés dans l'observation des phénomènes atmosphériques, météorologiques, dans l'étude des milieux, sont encore insuffisants pour expliquer l'influence spéciale des climats sur l'organisme humain. Le docteur Bouffier s'exprime ainsi (1) : « Les observations météorologiques faites à Vera-Cruz sont loin de permettre d'expliquer d'une façon plausible les modifications spéciales que l'organisme du blanc éprouve dans ce pays. Il est certain que des individus acclimatés à la Nouvelle-Orléans, à la Havane, à la Guadeloupe, à Cayenne, ressentaient à Vera-Cruz des impressions pathologiques inconnues jusqu'alors. Ils y avaient des embarras gastriques, des accès de fièvre, des névralgies diverses; ils sentaient leurs forces diminuer et leur système nerveux acquérir une susceptibilité très-développée. Les perturbations barométriques les trouvaient surtout très-impressionnables. Les saisons ne peuvent non plus rendre compte ni de la naissance ni de la marche des

(1) Bouffier, *Considérations sur les épidémies de fièvre jaune et les maladies de la Vera-Cruz* (Mexique) *pendant la première moitié du* XIXe *siècle* (*Archives de médecine navale*).

épidémies; ni la température, ni l'hygrométrie, ni la pression barométrique, ni l'électricité, ni l'abondance des effluves, dans l'état d'imperfection relative de nos moyens d'observation, ne peuvent fournir un renseignement de quelque valeur. »

On a dit que les *enfants* étaient moins fréquemment atteints que les *adultes ;* que la maladie attaquait de préférence les sujets d'un *tempérament bilieux*, etc. ; mais nous n'avons pas, sur ce point, de preuves suffisantes.

Acclimatement. — On a remarqué que dans les épidémies, les Européens, et surtout les nouveaux débarqués, étaient particulièrement atteints, et l'on en a conclu qu'il fallait un certain acclimatement pour résister à la fièvre jaune. Nous ne prétendons assurément pas le contraire ; mais nous ferons remarquer que ce fait n'est peut-être pas aussi bien démontré qu'on le croit communément. Il résulte des recherches de Louis (1), qu'il y a des cas de fièvre jaune extrêmement légers, et que, d'un autre côté, cette maladie (les cas contraires sont des exceptions) n'attaque les sujets qu'une fois. Or, ne doit-il pas y avoir nombre de cas qui passent inaperçus ; et de là, en partie du moins, cette immunité qu'on attribue à l'acclimatement.

C'est un fait aujourd'hui reconnu que les Européens ne s'acclimatent pas suffisamment dans les pays où règne la fièvre jaune, pour être soustraits à l'influence du fléau alors que survient une épidémie intense. Cependant il semble que les nouveaux arrivés sont plus facilement atteints et l'observation donne la formule suivante (Dutroulau) : On a d'autant moins de chance de contracter la fièvre jaune qu'on a plus de temps de colonie et qu'on s'expose moins aux causes qui peuvent la produire. Les indigènes eux-mêmes, dans les moments de grandes épidémies, n'en sont point exempts. La race nègre seule possède, à cet égard, une immunité singulière (2).

Dans les pays où la fièvre jaune est endémique les indigènes en sont moins facilement atteints que les étrangers, et résistent mieux à la maladie. Ce fait démontré par de nombreux exemples est presque un axiome. Dans un récent mémoire le docteur Moufflet, médecin de l'hôpital de la marine à Vera-Cruz (1864), rapporte que plusieurs cas de fièvre jaune se sont montrés sur des hommes, des contre-guérillas des terres basses, et appartenant à la race indienne. Ces attaques de *vomito*, quoique bien caractérisées ont été moins graves que celles qui ont été observées en même temps chez nos soldats, et n'ont amené aucun décès, tandis que sur vingt-deux malades les Européens ont compté sept morts. Certaines races sont plus accessibles à la fièvre jaune; les Européens en sont facilement atteints; c'est le contraire pour la race nègre. C'est en raison de cette immunité que le gouvernement français a envoyé au Mexique un bataillon composé exclusivement de soldats nègres.]

Infection, contagion. — L'infection est généralement admise, et la contagion, dont on ne doutait guère autrefois, a été regardée comme très-douteuse, ou formellement niée par quelques médecins. Louis, Trousseau et Chervin ont réuni à Gibraltar un grand nombre de documents sur ce point d'étiologie (3), mais malheu-

(1) *Recherches sur la fièvre jaune de Gibraltar de* 1828 (*Mém. de la Soc. méd. d'observ. de Paris,* t. II, 1844).

(2) Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, p. 369.

(3) *Documents recueillis par la commission médicale française envoyée à Gibraltar pour observer la fièvre jaune.* Paris, 1830, 2 vol. in-8.

reusement aucun d'eux ne nous en a donné l'analyse. Les observations récentes établissent, sans contestation, le fait de la contagion.

Un mot suffit pour les *causes occasionnelles*, auxquelles tous les auteurs ne donnent qu'un rang très-secondaire. Celles qu'on a signalées sont les vives *émotions morales*, les *grandes fatigues*, les *excès* de tout genre ; l'exposition au froid et à l'humidité, ou au contraire l'insolation prolongée, etc.

[Les travaux des médecins européens réunis en commission pour juger les mémoires originaux envoyés aux Académies, les notes adressées à ces mêmes corps savants par les médecins envoyés en mission pour une épidémie passagère, ont été bien effacés dans ces dernières années par les études qu'ont faites sur place les médecins américains, dans les terribles épidémies qui ont sévi sur la plupart des îles et des ports du littoral du golfe du Mexique, et de l'embouchure du Mississippi. L'opinion publique s'est émue de ces épidémies si meurtrières, qui ont ravagé non-seulement les États-Unis et Cuba, mais une partie de l'Amérique du Sud. La question de la contagion a été étudiée et a donné lieu aux discussions les plus passionnées. On ne saurait aujourd'hui nier la contagion. On consultera particulièrement avec intérêt les travaux des médecins militaires et de la marine qui ont pris part à la récente expédition française au Mexique (1). Il n'y a plus à discuter que sur les moyens de s'opposer à la contagion.]

L'origine de la fièvre jaune observée dans les pays où elle n'est pas endémique a donné lieu à des discussions sans fin. Les observateurs sont rares et les raisonneurs nombreux ; cette dernière classe s'est surtout ralliée à l'idée d'une infection sur place et a cherché à rapprocher la fièvre jaune des fièvres bilieuses, à trouver dans l'élévation de la température, dans certaines conditions climatologiques, dans certains accidents atmosphériques, dans la malpropreté et l'insalubrité, une explication hypothétique et invraisemblable. Combien sont plus croyables les relations faites *de visu* par les médecins envoyés en mission scientifique, par les marins, par les conseils de salubrité institués dans les ports, et qui admettent la contagion. Le rapport de Mêlier sur la fièvre jaune observée à Saint-Nazaire en 1861, fournit à l'appui de cette opinion les renseignements les plus probants (2). Il en est de même de l'épidémie observée en 1863 par Jaspard, chirurgien de marine à Tampico (Mexique). A Pueblo-Viejo, dit ce médecin, après une période assez longue d'immunité pour une compagnie détachée de Tampico, se manifeste un premier cas sur un homme couché au fond d'une salle. Au bout de quelques jours il entrait à l'hôpital; celui qui couchait auprès de lui est frappé à son tour et transmet la fièvre jaune à son voisin : les six hommes qui occupaient l'extrémité de cette salle sont atteints. — Un autre fait non moins intéressant est le suivant : l'épidémie frappe la maison de l'officier payeur, atteint six hommes sur onze et trouve son explication dans ce fait que les vêtements des soldats morts à l'hôpital, se trouvaient déposés dans le local où l'épidémie se produisit. Le Roy de Méricourt (3) enregistre et commente ces faits; il note l'influence de la direction des vents sur la

(1) *Recueil de mémoires de médecine et de chirurgie militaires*. — *Arch. de médecine navale*.
(2) *Relation de la fièvre jaune survenue à Saint-Nazaire en* 1861. Paris, 1863.
(3) *Arch. de médecine navale*, 1864, t. II, p. 109. Particularités d'étiologie et de marche, présentées par l'épidémie de fièvre jaune qui a sévi à Tampico sur le 2e régiment d'infanterie de marine.

propagation de la fièvre jaune. Les maisons placées sous le vent de l'hôpital (Jaspard) sont promptement infectées. Un autre fait de contagion très-significatif, est celui que relate Jaspard en ces termes : une compagnie d'infanterie de marine était logée dans une caserne contiguë à l'hôpital et qui en était séparée par un mur sans ouverture : pendant deux mois immunité complète; on pratique des fenêtres dans ce mur afin d'éclairer une des salles de l'hôpital : à partir de ce moment, toute immunité cesse pour cette compagnie et elle est envahie par le fléau.

C'est une opinion qui tend à prévaloir que les personnes plus que les lieux sont à redouter; cependant il ne faut pas adopter cette opinion au point de nier l'influence des lieux. Ainsi le docteur Bryson, médecin de la marine britannique cité par Charles Senard (Statistique anglaise, 1859), a formulé cette pensée en ces termes : désormais ce sont les personnes et non les lieux qui sont un danger en ce qui concerne la fièvre jaune (1). Cet axiome, applicable aux lieux où sévit accidentellement la fièvre jaune importée, ne peut convenir là où cette maladie règne endémiquement et semble se produire spontanément et sur place. Dans la pratique, il faut raisonner autrement, et le docteur Bouffier dit avec raison (*loc. cit.*) : « Un bâtiment qui stationne sur des côtes où règne le *vomito* et qui n'a aucune communication avec la terre, peut bien éviter la maladie, mais il n'est pas démontré qu'il n'en subira pas les atteintes, et si nous considérons les personnes comme des agents redoutables de transmission, la résidence sur la rade du pays où le vomito est endémique ou épidémique, ne nous paraît pas sans péril, du moment où elle se prolonge. »]

§ III. — Symptômes.

Début. — Le début de la fièvre jaune a lieu à peu près indifféremment à toutes les heures du jour, plus rarement la nuit. *Dans les cas graves*, une céphalalgie intense avec des frissons, des tremblements, des douleurs dans les membres, ouvrent la scène; bientôt après apparaissent la rougeur et la bouffissure de la face, précédées ou accompagnées de douleurs dorsales. Quelquefois ces douleurs sont très-vives, ce qui a valu à la maladie le nom de *coup de barre.* Dutroulau (2) a signalé, dans quelques cas, des *symptômes précurseurs*, consistant dans un certain malaise, de l'abattement et de l'anorexie. *Dans les cas légers*, les mêmes symptômes indiquent le début; mais ils sont peu intenses, et souvent tellement faibles, que les malades ne sont pas forcés de s'aliter.

Symptômes de la maladie confirmée. — Cas graves. — Les frissons peuvent se renouveler pendant un certain temps; le plus souvent ils font place à une *chaleur* qui n'est pas très-incommode, et qui est parfois suivie d'une *sueur* variable. Vers les derniers temps de la maladie, chez les sujets qui succombent, il survient un refroidissement des membres plus ou moins marqué.

La *céphalalgie* persiste et ne se dissipe guère que vers le milieu du cours de la maladie; dans les cas où l'invasion est rapide, elle est intense, ordinairement sus-orbitaire, parfois générale.

Bientôt les *yeux* deviennent rouges, larmoyants, brillants; les malades se plai-

(1) *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1864, 2e série, t. XXII, p. 167.
(2) *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861, chap. II.

gnent d'y éprouver de la cuisson, des picotements; la *face* est rouge, animée, bouffie; sa couleur, dans l'épidémie observée par Dutroulau, se rapprochait de celle de l'acajou clair. Dans quelques cas, la rougeur s'étend jusqu'aux téguments de la partie antérieure de la poitrine. A une époque plus avancée de la maladie, la couleur jaune des téguments se manifeste, mais à des degrés très-divers. Chez un certain nombre de sujets, elle est à peine perceptible et bornée au tronc, ou même à la poitrine, endroit où elle commence à apparaître à la suite de la rougeur; chez d'autres, le tronc et les yeux sont jaunes; chez d'autres enfin, la jaunisse se montre à la face, et même sur tout le corps. Ce symptôme n'est pas constant, même dans les cas graves; cependant nous verrons plus loin que Dutroulau en a toujours trouvé les traces sur les cadavres.

La *langue* est, dans quelques cas graves, sèche et d'un gris foncé; le plus souvent elle est humide, blanche; parfois elle offre un enduit sale et une teinte violacée (Dutroulau).

La *soif* est vive, l'*appétit* nul; et, quinze ou vingt heures après le début, se manifestent des symptômes *gastriques* remarquables. Ce sont d'abord des *douleurs épigastriques*, qui sont loin de se montrer dans tous les cas, et qui ne sont intenses que chez un petit nombre de sujets. Les *vomissements*, qui ne se montrent pas non plus d'une manière constante, mais qui sont, comme le symptôme précédent, d'autant plus fréquents que la maladie est plus grave, sont d'abord bilieux ou alimentaires; mais, à une époque plus avancée de la maladie, ils deviennent grisâtres, ou bien ils sont composés d'une matière brune ou noire qui, tout porte à le croire, est du sang altéré, ou enfin ils sont formés de sang pur.

Dans les premiers temps, le ventre ne présente d'autre phénomène qu'une légère *constipation;* plus tard on voit, mais chez un certain nombre de sujets seulement, les *selles* devenir noirâtres, et, dans un bien plus petit nombre de cas encore, se montrer un véritable flux de sang ou une diarrhée bilieuse (Dutroulau). Ce dernier cas est très-rare, car Louis n'a pas observé de diarrhée, à moins qu'elle ne fût provoquée. Partout ailleurs qu'à la région épigastrique, le ventre reste souple, indolent, bien conformé.

Dans la première partie du cours de l'affection, les *urines* sont facilement émises, et sont seulement un peu rougeâtres; à une époque avancée, l'urine se supprime dans un petit nombre de cas.

Un des symptômes les plus remarquables est l'*agitation* ordinairement très-grande qu'éprouvent les malades; souvent ils ne savent quelle position garder, et sont en proie à la plus grande anxiété. Plus tard on observe, dans quelques cas, surtout lorsque la maladie doit se terminer par la mort, des spasmes, des soubresauts des tendons, un léger délire. Dutroulau a vu quelquefois des *convulsions* générales, avec écume à la bouche, précéder immédiatement la mort; parfois, au contraire, tous les symptômes nerveux se calment, le malade est tranquille; il y a un mieux trompeur, que dans certains pays on appelle le *mieux de la mort.*

La *respiration* est un peu accélérée d'abord; puis, à mesure que la maladie fait des progrès, elle devient anxieuse, et ce symptôme est souvent très-marqué peu de temps avant la mort.

Le *pouls* est généralement en rapport avec le degré de chaleur; il est plein, dur dans les premiers temps, mais il n'offre qu'une accélération médiocre. Il donne

ordinairement de 80 à 100 pulsations. Quelquefois néanmoins il s'élève au-dessus de ce chiffre, mais faiblement. Cependant, dans l'épidémie observée à Cayenne en 1851, par Leconte (1), le pouls variait de 100 à 160 pulsations. Lorsque la maladie fait des progrès vers la mort, le pouls devient mou, dépressible, petit, mais il ne s'accélère pas sensiblement; parfois il se ralentit, et il reste régulier. Dutroulau a noté, dans un certain nombre de cas, des *hémorrhagies* dans l'épaisseur des membres, déjà signalées par d'autres observateurs. Chez un sujet, ces hémorrhagies ont causé la mort.

Tels sont les symptômes qui se montrent dans les cas graves; mais je ne saurais trop le redire, il n'en est aucun qui soit constant; seulement on peut avancer, d'une manière générale, qu'ils se montrent d'autant plus nombreux et plus violents que la maladie est plus grave; encore y a-t-il des exceptions extrêmement remarquables à cette règle. Louis en a cité des exemples frappants. Nous n'en rapellerons qu'un où il n'y eut, comme symptômes un peu graves, que d'assez vives douleurs aux mollets et suppression d'urine, sans nausées, ni vomissements, ni trouble le plus léger de l'intelligence; et cependant le malade succomba du quatrième au cinquième jour de l'affection. Ces faits étaient tellement connus à Gibraltar, qu'on avait donné un nom particulier à cette terminaison : on disait que les malades *mouraient sur pied.*

A l'occasion de chaque symptôme, nous avons dit quel caractère il prend aux approches de la mort ; voici maintenant, d'après la description de Dutroulau (2), comment les symptômes s'amendent : « Quand la guérison a lieu, c'est-à-dire quand les vomissements et les déjections noires n'ont pas paru, que les hémorrhagies passives n'ont pas été trop abondantes, vers le sixième ou septième jour, quelquefois avant, l'agitation cesse, la peau devient moite et tiède, l'ictère se dissipe, ou, dans quelques cas, au contraire, devient très-prononcé et comme critique ; les urines coulent avec facilité ; la langue s'humecte et se nettoie, mais elle peut rester rouge pendant longtemps et laisser suinter un peu de sang ; les vomissements et les déjections changent de nature et finissent par se supprimer ; la convalescence commence. »

Dans quelques cas, la *convalescence* est enrayée par des *parotides* ou par des *abcès* des membres, résultat probable des hémorrhagies dont nous avons parlé plus haut ; mais, même lorsque ces symptômes ne se manifestent pas, il est remarquable que presque toujours la convalescence est lente et n'est nullement en proportion avec la durée de l'affection.

Cas légers. — La maladie, dans les cas légers, est remarquable à la fois par le peu de gravité et le petit nombre des symptômes : « Le plus ordinairement encore, il y avait, au début, de la céphalalgie, des frissons suivis d'un peu de chaleur, quelques douleurs dans les membres, de la rougeur à la face et aux yeux. Mais les douleurs épigastriques étaient rares ; il en était de même des vomissements, qui n'avaient presque jamais lieu d'une manière spontanée, et n'offraient, dans aucun cas, une teinte brunâtre. La chaleur et la soif étaient très-médiocres, les forces si peu diminuées que les malades ne gardaient pas le lit, ou pour très-peu de temps,

(1) *Union médicale*, 29 mars 1851.
(2) *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861.

une demi-journée, ce qu'ils appelaient *passer la maladie en pied.* C'est dans ce degré de l'affection qu'ils purent tromper la vigilance des inspecteurs de santé, lorsqu'ils étaient prévenus à temps de leur arrivée, s'occupant alors, devant eux, de quelques travaux qui leur étaient familiers, ou jouant de quelques instruments. Plusieurs d'entre eux éprouvèrent à peine un mouvement fébrile de vingt-quatre ou trente-six heures, et furent exempts de toute maladie dans le cours de l'épidémie, bien qu'exposés à toutes les causes qui auraient pu développer la fièvre jaune (Louis) (1). »]

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est très-variable : habituellement elle est continue ; dans quelques circonstances, on l'a trouvée rémittente (2). Les médecins qui ont observé la fièvre jaune aux Antilles, l'ont vue prendre le caractère intermittent. Rufz et Dutroulau (3) ont observé ce fait à une certaine époque de l'année : c'est de novembre à mai, époque où règnent les fièvres intermittentes ; mais ces deux habiles observateurs n'ont trouvé rien de régulier dans le retour des accès. Pugnet a vu la fièvre jaune affecter le type double-tierce ; c'est une observation qui lui est particulière.

On a distingué dans la maladie *trois périodes*, mais il est rare qu'elles soient bien marquées. La *première* est caractérisée par la céphalalgie, les douleurs des membres, de l'épigastre et du dos ; les frissons, la chaleur et la coloration rouge des yeux et de la poitrine. La *deuxième* est beaucoup plus vague : elle est caractérisée par l'apparition de la jaunisse et le calme des symptômes précédents. La *troisième* a pour caractères l'ictère plus ou moins intense, les vomissements noirs, les selles noires, les diverses hémorrhagies, la suppression de l'urine.

De ces périodes, la deuxième n'est qu'une transition sans caractères tranchés aussi plusieurs auteurs, et notamment Louis et Dutroulau, ne tiennent-ils compte que de deux périodes, la première et la troisième de celles que nous venons d'indiquer. N'oublions pas aussi que, dans les cas légers et dans certains cas graves d'apparence légère, il n'y a rien qui ressemble à des périodes distinctes. Quelquefois, dans les épidémies de fièvre jaune, comme dans toutes les épidémies, on voit des cas dans lesquels les sujets sont enlevés en quelques heures : c'est la *fièvre jaune foudroyante.* Il est probable néanmoins qu'on a pris souvent pour des cas semblables ces cas latents dans lesquels les malades *meurent sur pied*, pour me servir de l'expression consacrée.

La *durée* de l'affection est assez variable : elle peut ne pas dépasser trois ou quatre jours, quelquefois moins, ou se prolonger au delà du vingtième jour, non compris la convalescence, qui est ordinairement longue.

La *terminaison* de la fièvre jaune est fréquemment funeste, mais la mortalité est très-variable suivant les épidémies. Dans celle qu'a observée Dutroulau, elle a été

(1) Louis, *loc. cit.*, p. 146.

(2) Dalmas, *Rech. sur la fièvre jaune.* Paris, 1805. — Bailly, *Typhus d'Amérique.* Paris, 1814. — Cailliot, *Traité de la fièvre jaune.* Paris, 1815. — Thomas, *Traité pratique de la fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans.* Paris, 1849. — Dutroulau, *Mémoire sur la fièvre jaune*, dans *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1858, t. XXII, p. 335.

(3) *Epidémie de* 1838 *à* 1841 (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. VII, p. 1045).

d'environ 1 sur 5 ; il est rare qu'elle soit plus forte, et il est ordinaire de la voir notablement moindre. La mortalité, suivant la plupart des auteurs, est plus grande au commencement qu'à la fin des épidémies ; cependant elle a été la même à toutes les époques, dans l'épidémie observée à Gibraltar par Louis. Elle est beaucoup moins considérable dans les cas sporadiques.

[La mortalité atteint des proportions considérables dans certains pays ; le docteur Bouffier (1) nous donne la statistique suivante, pour la Vera-Cruz. Pendant trente-deux années d'épidémie de fièvre jaune, on a enregistré 6941 cas et 2124 décès, soit 30,60 °/₀ de mortalité. Les six mois d'été fournissent, 5123 cas et 1529 décès, et les six mois d'hiver 1818 cas seulement et 375 décès. La proportion des décès est de 29,80 °/₀ pour les 2e et 3e trimestres, et de 31,16 pour les deux autres. Ce dernier chiffre, ajoute Bouffier, est remarquable, en ce qu'il dénote que si, dans la période hivernale les cas sont moins nombreux, ils sont, en revanche, plus graves que pendant les mois d'été. Il y a eu le plus de cas en juin et le moins en janvier ; mais c'est le mois de mars qui a donné la proportion de décès la plus forte, et le mois d'août la plus faible.]

Les *rechutes* sont généralement peu fréquentes ; toutefois il est des circonstances où elles deviennent moins rares. Dans les cas observés par Dutroulau, elles ont été notées dix-sept fois, et étaient ordinairement plus graves que la première attaque.

La fièvre jaune n'attaque les sujets qu'une fois : *telle est la règle.* Il y a quelques *exceptions :* Dutroulau en cite quatre authentiques sur cinq cents cas ; cette proportion est bien peu considérable, et l'immunité due à une première attaque n'en est pas moins remarquable. Il est fâcheux qu'on ne nous ait pas appris si les *récidives* sont aussi graves que la première atteinte.

§ V. — Lésions anatomiques.

[La coloration jaune des tissus est constante. Cette coloration est plus marquée sur la partie antérieure du tronc. Dans les points déclives, sur le dos et autour du cou existe une coloration violacée, brune, qui se montre même pendant la vie, dans les derniers moments, et qui tient à une stase du sang dans les capillaires du derme. Cette lésion est d'autant plus marquée que la mort a été plus rapide et que la respiration a été plus gênée. On a fréquemment observé des épanchements de sang dans le tissu cellulaire et dans les muscles. Quelquefois il y a de la gangrène de la peau au niveau du sacrum et du scrotum. Il existe dans quelques cas des foyers purulents et des parotides.

Dans le plus grand nombre de cas on trouve une quantité considérable de sérosité sanguinolente dans la cavité de l'arachnoïde, et exceptionnellement des épanchements de sang sous l'arachnoïde.

Les poumons sont souvent engoués ou présentent des pneumonies hypostatiques. On voit quelquefois sous la plèvre des taches pétéchiales. L'estomac contient, en général, un liquide dont la quantité peut s'élever jusqu'à un demi-litre. Ce liquide est noir ou brun et ressemble souvent à une infusion de café. Les lésions de l'es-

(1) *Considérations sur les épidémies de fièvre jaune et les maladies de la Vera-Cruz* (*Archives de médecine navale*, 1865).

tomac sont peu marquées et ne sont pas en rapport avec les symptômes : la muqueuse est généralement grise, on y voit quelquefois des plaques ecchymotiques. Dans l'intestin grêle, on trouve quelques arborisations.

On a noté quelques lésions de l'intestin grêle, siégeant surtout dans les glandes ; d'après Cornillac (*loc. cit.*) les glandes de Brunner au duodénum, les follicules isolés et les plaques de Peyer seraient très-fréquemment développés dans la fièvre jaune ; ils seraient assez souvent ulcérés. Les plaques de Peyer seraient en général gonflées, piquetées de noir.]

La lésion la plus remarquable est, sans contredit, l'altération de couleur du *foie*. Louis a trouvé cet organe de couleur café au lait clair, gomme-gutte, moutarde, orange, olive. [Dutroulau a noté que sa coloration extérieure est toujours changée et perd la teinte sanguine qui lui est propre pour prendre une teinte plus pâle, celle du café au lait, de l'orange clair ou foncé, de la gomme-gutte, du vieux cuir, ordinairement parsemée de plaques violacées sur les bords ou sur les faces. La couleur intérieure n'est pas toujours semblable à celle de la surface ; elle est ordinairement plus foncée et présente un aspect pointillé qui la fait ressembler à la farine de moutarde jaune ou grise, à la cassure de l'aloès des pharmacies ; son tissu est en général desséché, et l'on dirait qu'il a subi un commencement de cuisson. Quand on l'incise, on ne voit le sang couler que des gros vaisseaux (1).] Rufz a fait les mêmes remarques. Déjà, dans d'autres épidémies, on avait signalé la couleur jaune du foie, mais non avec cette précision. Tout porte à croire que c'est là la lésion anatomique essentielle. Quelques médecins ont prétendu qu'elle n'est pas constante, mais ils n'ont pas donné, comme les auteurs précédents, l'analyse des faits. La cohésion du foie est aussi souvent augmentée que diminuée ; rarement cet organe offre une augmentation de volume.

Les autres lésions ne sont pas constantes ; Dutroulau a observé toujours, après la mort, la couleur jaune des téguments, alors même que cette couleur n'avait pas été appréciable pendant la vie.

Le sang est incontestablement altéré. Cette altération est visible pendant la vie. Le sang présente, dès le second jour, une couenne molle, grisâtre. Des plaques livides se montrent à la peau ; le sang des hémorrhagies est noir, fluide, ne se coagule pas et ne rougit pas à l'air.

On voit que ces lésions ne nous éclairent que très-imparfaitement sur la *nature* de la fièvre jaune, et que nous devons admettre l'existence d'une cause très-énergique, dont le seul effet constant est l'altération spéciale du foie.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Si le sujet, après un mouvement fébrile un peu marqué, présente la rougeur des yeux et de la peau, puis les douleurs épigastriques, les nausées, les vomissements, l'agitation, et enfin la couleur jaune de la peau, les vomissements noirs, les déjections noires, la suppression des urines, le diagnostic est certain. On ne pourrait, en effet, confondre une pareille affection qu'avec l'*ictère fébrile* et l'*hépatite aiguë*. Mais, dans ces maladies, la couleur jaune se produit presque dès le début, la fièvre est intense, les vomissements sont ordinairement bilieux, les selles décolo-

(1) *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861, p. 319.

rées, les urines d'un jaune rougeâtre et bilieuses. Ajoutez à cela la douleur dans la région hépatique et l'augmentation de volume du foie, et l'on voit qu'une erreur n'est pas à craindre.

Mais nous avons vu plus haut que, même dans des cas graves, les principaux symptômes peuvent manquer. Alors le diagnostic ne peut être porté d'une manière précise ; on a seulement des présomptions plus ou moins fortes, tirées de l'existence d'une épidémie, du séjour du sujet dans un foyer d'infection, etc.

Les mêmes réflexions s'appliquent aux cas légers. Au début d'une épidémie, on doit presque infailliblement les méconnaître, et les seules circonstances dans lesquelles on puisse porter un diagnostic sont exprimées dans le passage suivant, que nous empruntons à Louis : « Si l'on venait à observer beaucoup de cas semblables à ceux dont il vient d'être question, en peu de temps, au mois d'août et de septembre, et dans la latitude où règne la fièvre jaune ; si les yeux étaient injectés dès le début, la figure rouge, la céphalalgie intense, l'épigastre un peu sensible à la pression, on devrait vivement soupçonner cette affection, encore qu'il n'y ait pas d'épidémie déclarée ; et il n'y aurait pas de doute sur ce point, alors même que les symptômes se présenteraient dans le plus faible degré, s'ils venaient à se déclarer chez *tous les membres* ou *la plus grande partie des membres d'une même famille, au milieu d'une épidémie*, et dans un espace de temps peu considérable ; car une affection qui a ces caractères n'atteint pas un aussi grand nombre de personnes d'une même famille en si peu de temps, hors le cas d'une épidémie de fièvre jaune. »

Pronostic. — Il faut être extrêmement réservé quand il s'agit de porter le pronostic de la fièvre jaune. Nous avons vu, en effet, que quelques sujets succombent après quelques jours d'un état qu'on peut considérer comme un simple malaise. On ne saurait donc, dans aucun cas, annoncer une guérison certaine ; mais il est des symptômes qui rendent le pronostic très-fâcheux. Ce sont : les vomissements noirs, les déjections noires, les hémorrhagies muqueuses ou interstitielles, la couleur jaune d'une grande partie du corps, la suppression des urines, une agitation extrême, un abattement profond. Lorsqu'on voit, après une vive agitation, survenir un calme notable, il ne faut pas se hâter de regarder les malades comme sauvés ; il faut consulter tous les autres symptômes, et se rappeler cette amélioration apparente à laquelle, dans certains pays, on a donné le nom de *mieux de la mort*.

§ VII. — Traitement.

Un fait très-remarquable, c'est que, dans l'épidémie de Gibraltar, la mortalité a été à peu près la même chez les militaires traités par les médecins anglais, et chez les hommes de la ville, traités tout différemment par les médecins espagnols. Si nous rapprochons ce résultat de la très-grande diversité des opinions sur les effets des principaux moyens thérapeutiques, nous sommes porté à conclure que le traitement de la fièvre jaune est bien peu avancé, et que nous ne devons avoir qu'une confiance très-limitée dans nos moyens d'action. Passons-les donc rapidement en revue.

Émissions sanguines. — Les uns veulent de grandes *saignées*, les autres des saignées modérées ; d'autres proscrivent toute émission sanguine. Que faut-il croire ? Bornons-nous à dire que le plus grand nombre est en faveur de la saignée (Lind,

Poissonnier-Desperrières, P. F. Thomas, etc.). Les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* ne sont mises en usage que pour combattre les symptômes locaux (céphalalgie, douleurs épigastriques).

Les *vomitifs*, les *purgatifs* sont d'un fréquent usage parmi les médecins espagnols. Quelle est leur utilité au début de la maladie? C'est ce qu'on ne peut dire; mais ce que l'on sait bien, c'est qu'ils sont nuisibles après les premiers jours. P. F. Thomas (1) ne conseille que les simples laxatifs; encore ne les donne-t-il que lorsque l'estomac n'est pas trop affecté.

Les *vésicatoires*, les *moxas* sur l'épigastre, à la nuque, ont procuré quelquefois du soulagement; mais leur effet est très-borné, et ils ont l'inconvénient de donner lieu à des plaies qui se peuvent gangrener. On a proposé d'appliquer les vésicatoires pour provoquer l'apparition de la jaunisse; mais y a-t-il avantage à produire cet effet, et le vésicatoire peut-il le produire?

Nous sommes bien obligé de convenir que la médication par les *sudorifiques*, par les *excitants généraux*, les *antispasmodiques*, les *acides*, les *rubéfiants*, les *excitants de la peau*, ne nous offre pas plus de certitude. Nous savons bien que beaucoup d'auteurs les ont vantés; nous n'ignorons pas que Pugnet leur attribuait une très-grande influence; mais ce qu'il faudrait pour nous convaincre, ce sont des preuves démontrant que la mortalité est diminuée par eux, et ces preuves nous manquent. Qu'il nous suffise donc de dire qu'on donne, *à l'intérieur*, le vin, l'eau-de-vie, le rhum, l'éther, le camphre, des acides minéraux; et, qu'*à l'extérieur*, on pratique des frictions chaudes et sèches, alcooliques, irritantes; on promène des sinapismes sur les membres et le tronc, etc.

Les *lotions*, les *affusions froides* ont été également mises en usage comme traitement général. Thomas a vu les vomissements calmés par la *glace* prise à l'intérieur. Les *frictions*, les *embrocations huileuses;* les *frictions avec des tranches de citron*, sont des remèdes populaires, qui n'ont pas été suffisamment expérimentés par les médecins, et qui, selon toutes les apparences, n'ont pas une grande efficacité. Cependant Thomas en parle avec avantage. Il recommande aussi les bains tièdes.

La suppression des urines, qu'on observe dans un certain nombre de cas, a donné l'idée d'administrer les *diurétiques;* mais presque tous les médecins disent avoir vu ce moyen échouer complétement.

Toniques. — Il est peu d'auteurs qui n'aient recommandé l'emploi des toniques, et en particulier du quinquina et du sulfate de quinine, mais ils les ont recommandés à des titres divers. Les uns, en effet, donnent le *quinquina* uniquement pour combattre l'atonie, et la commission de Barcelone a recommandé de le donner aussi tôt que possible, et à haute dose; les autres, et principalement les médecins qui ont pratiqué aux Antilles, ont eu pour but de combattre l'intermittence dans un certain nombre de cas. Pour cela ils donnent le *sulfate de quinine* par la bouche, à la dose de 20 centigrammes par heure, suivant Dutroulau, et la *décoction de quinquina en lavements* (décoction de 8 grammes d'écorce, à laquelle on peut ajouter 50 ou 60 centigrammes de sulfate de quinine, Rufz). Par ce moyen, Souty, Dutroulau et Rufz (2) ont obtenu maintes fois des guérisons rapides.

(1) *Traité pratique de la fièvre jaune observée à la Nouvelle-Orléans, etc.* Paris, 1849.
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1842, t. VII, p. 1045.

Nous ne pousserons pas plus loin cette revue des moyens opposés à la fièvre jaune; nous ne pourrions citer que de prétendus spécifiques ou des médicaments dont l'utilité n'est pas appuyée sur des preuves suffisantes. Il vaut mieux faire connaître le traitement qu'a proposé Louis, d'après une étude attentive des symptômes.

Traitement proposé par Louis. — 1° *Traitement dans les cas graves.* — Au début, *saignée générale* de 300 à 500 grammes, suivant l'intensité de la fièvre; ne la répéter que si cette intensité est extraordinaire, et cela seulement dans les premières vingt-quatre heures; plus tard, elle serait nuisible, selon toutes les apparences.

Boissons fraîches, acidulées, ou simplement adoucissantes. En donner deux ou trois litres par jour, à moins qu'elles n'excitent le vomissement.

Lavements émollients deux ou trois fois dans les vingt-quatre heures; applications émollientes sur l'abdomen.

Dans les cas de vomissements fréquents et de douleurs épigastriques violentes, *sangsues* ou *ventouses scarifiées* à l'épigastre, si le mouvement fébrile reste intense; s'en abstenir dans le cas contraire.

Contre les vomissements noirs, *astringents* par la bouche et par l'anus, mais plus particulièrement de cette dernière manière (lavements astringents froids), à cause de l'état d'intégrité de l'intestin.

Préparations opiacées à dose modérée.

Dans la première période, *peut-être*, les bains froids et les affusions froides; dans la seconde, les bains chauds, les bains de vapeur.

2° *Traitement des cas légers.* — « Quant aux cas légers, dit Louis, dans lesquels le mouvement fébrile est médiocre, la céphalalgie peu intense, la chaleur un peu supérieure seulement à ce qu'elle est dans l'état normal, les boissons rafraîchissantes et des lavements émollients me paraissent les seuls moyens qu'il soit nécessaire d'employer, l'affection, sous cette forme, tendant naturellement à une terminaison heureuse. Je n'apporterai pas à l'appui de cette proposition les faits que j'ai recueillis; je dirai seulement qu'ayant donné des soins à deux personnes d'une constitution plus faible que forte, dans la force de l'âge, dont les symptômes fébriles furent légers et ne persistèrent pas au delà de trois jours, je n'employai que les moyens qui viennent d'être indiqués, à part un bain au début, dans un cas, et un peu d'huile de ricin dans l'autre, au commencement de la convalescence, pour vaincre la constipation.

» Bien, comme il a été dit plus haut, que la convalescence n'exige pas de soins particuliers, n'offre pas d'indications spéciales à remplir, je rappellerai que l'inflammation de la membrane muqueuse de l'estomac, ordinairement peu grave chez les sujets qui succombent, l'est bien moins encore, à en juger par les symptômes, chez ceux qui guérissent; que cette gastrite est secondaire; que j'en ai toujours vu les traces disparaître promptement : de manière qu'il ne faut pas tenir les malades à une diète sévère trop longtemps. On pourrait même, à l'exemple des médecins espagnols dont j'ai parlé, si la faiblesse se prolongeait ou était considérable dans la convalescence, sans symptômes gastriques, donner de légers toniques, une infusion de quinquina, ou une potion gommeuse avec 20 ou 25 centigrammes d'extrait sec de ce médicament. »

Ce traitement n'a pas besoin d'être résumé.

[*Prophylaxie.* — Si l'on admet que la fièvre jaune se développe par infection et par contagion, qu'elle se propage de proche en proche et qu'il suffise d'un seul malade pour infecter toute une ville, qu'un navire où des cas de ce genre ont eu lieu puisse introduire la maladie dans le port où il relâche, alors on comprendra toute l'importance des moyens hygiéniques et prophylactiques. C'est là que la médecine s'élève à la hauteur d'une grande institution sociale, parce qu'elle peut enseigner aux hommes à se préserver d'un fléau que les anciens, moins éclairés, regardaient comme providentiel. Tous les hommes qui ont, non pas disserté sur cette question, mais vu la fièvre jaune, s'accordent aujourd'hui à dire, comme Dutroulau, que, « sortir des foyers d'infection dès que l'épidémie apparaît, et habiter, pendant tout le temps qu'elle dure, les lieux où ne naissent pas spontanément et où ne se propagent pas habituellement ces foyers, telle est la formule de la préservation (1). » On a remarqué d'ailleurs que la fièvre jaune ne pénètre pas dans l'intérieur des terres, et qu'elle ne sévit que sur le littoral, de sorte qu'il n'est pas nécessaire de fuir loin devant le fléau ; les lieux élevés sont surtout à l'abri de cette affection. Nous n'avons pas à indiquer ici les mesures administratives que le bon sens seul et la connaissance des localités peuvent inspirer aux médecins chargés d'éclairer sur ces graves questions leurs concitoyens.

Parmi les conclusions du mémoire de Mêlier, cité plus haut, se trouvent des indications sur les mesures sanitaires qu'il convient de conseiller à l'avenir. « Étant donnés, dit Mêlier, des navires arrivant dans une situation analogue, ce n'est pas par une quarantaine plus ou moins longue que l'on serait sûrement préservé. Le véritable moyen de salut est dans l'isolement, d'une part, dans un déchargement bien entendu, de l'autre, le déchargement sanitaire avec tout ce qui le constitue, et dans l'assainissement des navires. A quoi il faut ajouter, pour les hommes, des mesures de propreté ordinaire : bains, changement de linge, etc., et un certain temps d'observation en un lieu salubre et isolé, temps quela brièveté reconnue de l'incubation permet, le plus ordinairement, de réduire à un petit nombre de jours (2). » Mêlier recommande le *sabordement* du navire infecté.

Il est important, dans les épidémies de fièvre jaune, d'isoler complétement les navires non-seulement de la terre, mais encore des bâtiments voisins qui pourraient être infectés. Dans ce dernier cas, il vaudrait mieux, comme le conseille le docteur Cornilliac, quitter la rade et aller chercher un séjour plus salubre. Sortir des parages compris dans le cercle de l'épidémie, telle est la formule.]

ARTICLE VII.

PESTE.

Quoique la peste ait existé dans la plus haute antiquité, il faut arriver au XVIIIe siècle pour avoir une histoire un peu satisfaisante de cette maladie. C'est, en effet, à l'occasion de l'épidémie de Marseille (1720) que les premières descrip-

(1) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*. Paris, 1858, t. XXII, p. 335.
(2) *Relation de la fièvre jaune survenue à Saint-Nazaire en* 1861. Paris, 1863.

tions importantes ont été publiées (1). Les écrits publiés dans ces dernières années et dont Prus a fait connaître les points capitaux dans son remarquable rapport sur la peste (2), ont laissé bien loin tout ce qui avait été dit sur cette maladie. Ce sont ces travaux que nous consulterons particulièrement.

§ I. — Définition, synonymie.

La peste est une maladie générale, fébrile, contagieuse, remarquable par des troubles nerveux, par l'état du sang, et ordinairement caractérisée à l'extérieur par des bubons, des charbons, des pétéchies. Nous ne défendrons pas ici cette définition, qui se rapproche beaucoup de celle qu'a adoptée la commission académique (3). Son exactitude sera démontrée par la description qui va suivre.

Cette maladie a été généralement désignée sous les noms de *peste*, *pestis*, *pestilentia ;* on lui a encore donné ceux de *typhus d'Orient*, *typhus d'Afrique*, *fièvre adéno-nerveuse*, etc.

§ II. — Causes.

Avant d'indiquer ce que divers auteurs ont avancé sur l'étiologie de la peste, nous présenterons les conclusions suivantes du rapport fait à l'Académie, travail que nous nous plaisons à citer, parce qu'il est le résumé des recherches les mieux faites, soumises à une saine critique :

« I. Dans l'état actuel des peuples et de leur civilisation, dit le rapport (4), les *contrées où la peste naît* encore sont, en première ligne, l'Égypte, puis la Syrie et les deux Turquies.

» Il est cependant à craindre que la peste ne puisse également se développer sans importation dans les régences de Tripoli, de Tunis et dans l'empire de Maroc. Le même danger ne paraît plus à redouter pour l'Algérie.

» II. Dans ces pays, les conditions qui déterminent et favorisent le développement de la peste sont, autant que l'observation permet de le constater : l'*habitation sur des terrains d'alluvion* ou *sur des terrains marécageux ;* un *air chaud et humide ;* des *maisons basses, mal aérées, encombrées ;* l'*accumulation d'une grande quantité de matières animales et végétales en putréfaction ;* une *alimentation insuffisante et malsaine ;* une grande *misère physique et morale ;* la *négligence des lois de l'hygiène* publique et privée.

» III. La peste à l'état sporadique ne paraît pas susceptible de se transmettre.

» *La peste épidémique est transmissible*, soit dans les lieux où sévit l'épidémie, soit hors de ces lieux.

» IV. Elle se transmet à l'aide de miasmes qui s'échappent du corps des malades ; ces miasmes, répandus dans des endroits clos et mal ventilés, peuvent créer des foyers d'*infection pestilentielle*.

(1) Voy. Sénac, *Traité des causes, des accidents et de la cure de la peste*. Paris, 1741, in-4. — *Pièces historiques sur la peste de Marseille et d'une partie de la Provence en* 1720, 1721, 1722. Marseille, 1820, 2 vol. in-8.

(2) *Loc. cit.*, p. 11.

(3) *Rapport à l'Académie royale de médecine sur la peste et les quarantaines*, fait au nom d'une commission, par le docteur Prus, accompagné de pièces et documents, et suivi de la discussion dans le sein de l'Académie. Paris, 1846, in-8.

(4) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 141.

» Aucune observation rigoureuse ne prouve la transmissibilité de la peste par le seul contact des malades.

» De nouvelles expériences sont nécessaires pour démontrer que la peste est ou n'est pas transmissible par les hardes et vêtements des pestiférés.

» Il résulte d'observations faites dans les lazarets depuis plus d'un siècle, que les marchandises ne transmettent pas la peste. »

Telles sont les seules données étiologiques un peu certaines que nous possédions. Quand nous aurons ajouté que la peste sévit principalement sur les *nègres*, que les *émotions morales* (frayeur, tristesse, etc.) favorisent sa production, suivant la plupart des auteurs, qu'il en est de même des *grandes fatigues* et des *excès*, nous aurons fait connaître tout ce qu'il importe de savoir ; car, sur l'influence de l'âge, du tempérament, etc., nous n'avons rien de positif.

§ III. — Incubation.

La durée de l'incubation de la peste paraît, au premier abord, peu importante ; et cependant c'est à elle que se rattachent peut-être les plus grandes questions, ainsi que l'a montré Aubert-Roche, dans plusieurs écrits qui ont été l'origine de discussions récentes, et qui ont conduit l'Académie à proposer de grandes mesures sanitaires et commerciales (1). Cet auteur a, en effet, démontré, par de nombreuses recherches dont la commission académique a reconnu l'exactitude, que « en dehors des foyers épidémiques, la peste ne s'est jamais déclarée, chez les personnes compromises, plus de huit jours après un isolement parfait (2). Il en résulte que la durée de l'incubation, dans les circonstances indiquées, ne dépasse pas huit jours, ce que nous aurons à rappeler quand nous nous occuperons de la *prophylaxie* de la peste.

§ IV. — Symptômes.

Début. — La peste débute de deux manières très-différentes qui ont été parfaitement décrites par Gosse, de Genève (3). Tantôt, en effet, l'affection commence par des accidents locaux, suivis plus ou moins promptement des symptômes généraux ; tantôt elle se montre tout d'abord avec les caractères d'une affection générale.

Dans le premier cas, voici ce qu'on observe. On voit apparaître sur les diverses parties du corps, mais particulièrement sur les parties découvertes, *une* ou *plusieurs petites taches* semblables aux piqûres de puce, parfois cuisantes et brûlantes. Bientôt la tache s'agrandit, présente un diamètre de trois ou quatre lignes, devient violacée, se couvre de vésicules ou de phlyctènes. Sa base est dure. Plus tard, le centre de la tache noircit, et les parties qui l'environnent rougissent ; elle s'accroît toujours jusqu'au diamètre de 3 ou 4 centimètres. Alors il survient des *symptômes fébriles* qui peuvent être assez légers, et si l'eschare formée par la tache se sépare et se détache, le malade ne tarde pas à guérir sans qu'il survienne de

(1) Voy. *De la peste ou typhus d'Orient*. Paris, 1840. — *De la prophyl. génér. de la peste*, Paris, 1843. — *De la réforme des quarantaines, etc.* Paris, 1844. — *Annales d'hygiène*, 1845, t. XXXIII, p. 241.

(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XI, p. 1188.

(3) *Relation de la peste qui a régné en Grèce en* 1827 *et* 1828. Paris, 1838.

bubons ou d'autres accidents. Les taches que nous venons de décrire ont reçu le nom de *charbons*.

Dans certain nombre de cas, la maladie ne se borne pas à ces symptômes. Il survient, en effet, des *bubons* dont nous donnerons plus loin une description détaillée, et qui correspondent au point où se sont développées les taches, c'est-à-dire aux aines, si les charbons sont aux membres inférieurs et aux parties génitales; aux aisselles, s'ils occupent les bras, la poitrine, etc. Les symptômes généraux deviennent alors plus violents, la fièvre est considérable, l'abattement marqué; mais, si les bubons suppurent franchement, la maladie peut encore se terminer, comme le ferait une inflammation locale, avec une assez vive réaction. Si, au contraire, les bubons se développent lentement et tardent à suppurer, les symptômes généraux deviennent de plus en plus intenses; et l'on observe alors l'état dans lequel se trouvent les malades dont l'affection se déclare d'abord avec des phénomènes généraux notables : c'est la seconde forme de la maladie que nous allons décrire.

Dans le second cas, les malades éprouvent tout d'abord un très-grand abattement, une *lassitude générale;* un grand nombre ont des *frissons* ou une sensibilité marquée au froid; ils se plaignent d'une *céphalalgie* ordinairement frontale, parfois très-aiguë, de *bourdonnements d'oreilles*, de *vertiges*, d'*étourdissements*. Quand la maladie est intense, ils chancellent sur leurs jambes comme des hommes ivres. Quelques-uns comparent cet état au mal de mer.

Il y a en même temps une *anxiété* ordinairement vive, de l'inquiétude, de la tristesse, de la frayeur.

La *face* est abattue et anxieuse, les traits étirés, les *yeux* rouges et hagards.

Du côté des *voies digestives* se remarquent les symptômes suivants : *langue* blanche, comme nacrée, ou bien d'un blanc jaunâtre; il y a *anorexie* complète, *soif* plus ou moins vive, parfois des douleurs plus ou moins aiguës à l'épigastre; plus souvent des vomissements bilieux ou non, et pénibles; dans quelques cas seulement, des douleurs de *ventre* et une diarrhée plus ou moins abondante.

La *respiration* est ordinairement anxieuse et accélérée; la chaleur de la *peau* est élevée, sèche, quelquefois âcre. Le *pouls* est généralement petit, faible, serré, toujours fréquent. Bulard (1) a noté que le *sang* obtenu par la saignée ne présente jamais de couenne.

Tous ces symptômes peuvent acquérir le plus haut degré d'intensité, et les malades succomber sans qu'on voie apparaître les phénomènes locaux principaux, qui sont les charbons, les bubons et les pétéchies, et sans qu'on note autre chose que des *douleurs* dans les lombes, les aines et les aisselles; mais il est plus ordinaire de voir se produire les symptômes que nous allons décrire.

Charbons. — Ils se développent ainsi que nous l'avons indiqué plus haut; quelquefois ils forment des tumeurs considérables. On a voulu distinguer du charbon une autre tumeur qu'on a appelée *anthrax pestilentiel;* mais, d'après les meilleures descriptions, cette distinction est trop subtile. La lésion est la même; seulement, dans certains cas, la mortification est plus complète et plus rapide que dans d'autres.

(1) *De la peste orientale*. Paris, 1839.

Bubons. — On voit aux aines, dans les aisselles, plus rarement dans les régions cervicale et parotidienne, et plus rarement encore dans le creux du jarret, se former des tumeurs plus ou moins arrondies, quelquefois bosselées, sur lesquelles la peau est d'un rouge plus ou moins vif, parfois violacé, parfois aussi sans changement de couleur. Le plus souvent ces tumeurs sont précédées et accompagnées de douleurs assez aiguës. Leur volume ordinaire est égal à celui d'un œuf de pigeon; quelquefois il est beaucoup plus ou beaucoup moins considérable. Au bout d'un temps variable, ces bubons tendent à abcéder; quelquefois cependant ils restent stationnaires. On les voit, dans quelques cas, se montrer et disparaître en très-peu de temps, comme par délitescence. La suppuration est tantôt de bonne nature et tantôt sanieuse. Gosse, de Genève, a remarqué que, lorsqu'elle se produit lentement, la maladie tend à la guérison.

Pétéchies. — Les pétéchies sont presque toujours violettes ou noirâtres. Elles on de 2 à 5 millimètres de diamètre, ne disparaissent pas sous la pression du doigt, et sont tantôt en nombre très-limité, tantôt tellement nombreuses, qu'elles sont presque confluentes.

C'est lorsque les symptômes locaux se montrent que les *symptômes généraux* acquièrent ordinairement le plus haut degré de violence; et, si la maladie tend à se terminer par la mort, on voit survenir un mouvement fébrile intense : accélération considérable du pouls, chaleur âcre et sèche, face animée, anxieuse; yeux brillants; ouïe difficile, rêvasseries, délire; puis langue sèche, noirâtre, tremblante; quelquefois diarrhée; respiration gênée; abattement profond, soubresauts des tendons, sueur visqueuse; symptômes qui annoncent ordinairement une mort prochaine.

§ V. — Marche, durée de la maladie.

La *marche* de la peste est aiguë et parfois extrêmement rapide. Dans les grandes épidémies, on a vu des sujets succomber en un jour. En général, néanmoins, la maladie a une marche plus lente. Suivant Clot-Bey, les symptômes généraux du début pourraient exister seuls, et la maladie se terminer ainsi en un ou deux jours sans avoir donné lieu à des accidents graves. Samoïlowitz (1) avait déjà cité des faits de ce genre. Nous aurions, en pareil cas, quelque chose d'analogue à ce que nous avons noté dans la fièvre jaune; mais il y a tant de causes d'erreur, et, dans les épidémies, on a une telle tendance à voir partout la maladie régnante, que de nouvelles recherches sont nécessaires sur ce point.

La *durée* de la maladie est de vingt-quatre heures à un ou deux septénaires : terme moyen, cinq ou six jours. La *terminaison* par la mort est plus fréquente, surtout au plus fort des épidémies. Dans les cas de guérison, la convalescence est toujours longue, souvent pénible. Quelquefois l'intelligence reste très-affaiblie; on a vu des sujets être paralysés d'un ou de plusieurs membres, ou être privés d'un sens.

§ VI. — Lésions anatomiques.

L'apparence extérieure ne présente rien de bien remarquable. On voit des taches violacées plus ou moins larges sur les parties déclives. On trouve assez souvent du

(1) *Mémoire sur l'inoculation de la peste.* Strasbourg, 1782. — *Mémoire sur la peste qui en 1771 ravagea l'Empire de Russie.* Paris, 1783, in-8.

sang épanché dans les diverses cavités séreuses ou dans le tissu cellulaire. Les pétéchies se retrouvent après la mort ; parfois il y a de larges ecchymoses ; on en a vu sur les organes internes.

Le sang reste liquide, sans séparation d'aucun caillot.

Rien dans les organes de la digestion qui mérite d'être noté. Le foie est assez souvent augmenté de volume et ramolli, ainsi que la rate.

Le système lymphatique présente des lésions, alors même qu'il n'y a pas eu, pendant la vie, de véritables bubons. Les ganglions sont çà et là un peu tuméfiés et un peu ramollis, de couleur rougeâtre, et parfois, ils présentent quelques petits foyers de suppuration.

Aubert-Roche a trouvé quelquefois les ganglions nerveux semi-lunaires et thoraciques rouges et volumineux, ce qui, joint aux troubles nerveux observés au début de la maladie, lui a fait placer le siége de la maladie dans les ganglions du grand sympathique ; mais cette manière de voir aurait besoin d'être appuyée sur des preuves plus convaincantes.

Les lésions que nous venons d'énumérer, et à plus forte raison, celles qui n'ont été observées que rarement par quelques auteurs, n'ont, on le voit, rien de caractéristique.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Lorsque les principaux symptômes que nous venons d'énumérer existent, on ne peut confondre cette maladie avec aucune autre. Ainsi, qu'une fièvre grave, sévissant chez un assez grand nombre de sujets à la fois, s'accompagne de charbons et de bubons : c'est la peste. Cependant on peut consulter, dans l'article consacré à la fièvre typhoïde, le diagnostic établi par Prus entre cette affection et celle dont il s'agit ici. Mais on a vu des médecins hésiter au commencement des épidémies, méconnaître la peste, ou au contraire prendre pour elle une autre maladie épidémique ; avec les documents que nous avons aujourd'hui, une semblable erreur est peu à craindre. Quant aux cas très-légers et sans symptômes locaux, dont nous avons parlé plus haut, ce n'est que dans le cours d'une épidémie dont la nature est bien reconnue, qu'on les voit apparaître et qu'on peut en établir le diagnostic.

Pronostic. — Considéré d'une manière générale, le pronostic de la peste est des plus graves. La grande violence des symptômes généraux, la multiplicité des charbons et des bubons, l'ataxie, l'adynamie extrêmes, sont les signes les plus fâcheux.

§ VIII. — Traitement.

En attendant que des recherches plus précises soient venues nous éclairer, nous devons nous borner à une simple énumération des principales médications mises en usage.

1° *Traitement curatif.* — En général, on recommande les *émissions sanguines*, et principalement la saignée générale ; mais, tandis que les uns veulent des saignées abondantes, les autres ne veulent que des saignées modérées. Ceux-ci sont en plus grand nombre.

Les *vomitifs* au début de l'affection, rarement les *purgatifs* seuls ; l'*opium*, le *calomel* à l'intérieur et en frictions, le *phosphore*, ont été mis en usage, sans qu'on puisse avoir la moindre idée de leur action bonne ou mauvaise.

L'*eau froide* à l'extérieur et à l'intérieur, la *glace*, ont été également employées, mais sans que nous ayons de meilleurs renseignements à leur égard.

Le *sulfate de quinine*, le *quinquina* à faible ou à haute dose, ont été naturellement employés par les médecins qui voyaient la maladie se développer dans des lieux marécageux. Mais leur action, comme fébrifuges, a paru nulle ; et comme toniques, on ne peut pas dire quel en est le degré d'efficacité.

Aubert-Roche a prescrit le *hachisch* (extrait de chanvre d'Égypte), et il est convaincu d'en avoir obtenu de bons effets dans sept cas graves. Cet essai ne paraît pas avoir été renouvelé ; il mérite de l'être.

Les *bubons* doivent être traités de manière à favoriser la suppuration ; il faut les ouvrir dès que la fluctuation est établie. Il faut se contenter de panser les *charbons* avec le vin aromatique et la poudre de quinquina ou le cérat saturné. Leur cautérisation est inutile.

2° *Traitement prophylactique.* — L'*isolement* est le seul moyen préservatif efficace pour les individus. Relativement aux contrées où règne la peste, il est un bon nombre de mesures qui peuvent empêcher le fléau de se produire. C'est ce qu'ont démontré Pariset (1), Aubert-Roche, les membres de la commission académique et beaucoup d'autres observateurs.

L'Égypte, à l'époque où elle était le centre de la civilisation, était le pays le plus sain du monde ; il faudrait, pour détruire le foyer d'infection qu'elle a dans son sein, dessécher les marais, mieux distribuer les eaux du Nil, rendre les habitations des fellahs plus saines, en un mot, replacer ce pays dans ses premières conditions hygiéniques. Des mesures semblables sont applicables aux autres contrées où naît la peste. Quant à la question des quarantaines, c'est une question de commerce international et d'hygiène publique que nous n'avons pas à traiter ici. On trouvera sur ce point les détails les plus intéressants dans le remarquable rapport de Prus [et dans le *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité* d'A. Tardieu, art. SANITAIRE (régime)].

Le traitement que nous venons d'indiquer d'une manière si générale n'a pas besoin d'être résumé.

ARTICLE VIII.

CHOLÉRA-MORBUS ÉPIDÉMIQUE.

Cette maladie, qui existe endémiquement dans l'Inde, n'a été, on peut le dire, bien étudiée que depuis qu'elle a fait invasion en Europe. Il fallait l'observation exacte et rigoureuse qui en a été faite dans les années 1832 et suivantes, pour arriver à la bien connaître.

C'est en 1831 que l'épidémie, après avoir ravagé une multitude de pays, a fait irruption en Europe. Si l'on en croit quelques observateurs, elle aurait apparu à Paris dès le 6 janvier 1832 ; mais ce n'est qu'à la fin du mois de mars que son existence dans cette ville a été manifeste. Il n'entre nullement dans notre plan d'indiquer la marche du choléra-morbus, depuis sa sortie de l'Inde jusqu'à son arrivée en France et à son invasion en Amérique, en Espagne et en Italie. Quelles que soient les études qu'on ait faites à cet égard, on n'a pu trouver, dans cette

(1) *Mémoire sur les causes de la peste et sur les moyens de la détruire*. Paris, 1837.

marche capricieuse, rien qui pût nous éclairer sur la manière dont se propageait la maladie.

En 1849, une seconde épidémie, non moins meurtrière que la première, s'est déclarée à Paris. Comme la première, elle a débuté par quelques cas isolés, et le 9 mars, elle s'est manifestée d'une manière non équivoque, quoique avec une faible intensité ; mais, vers la fin de mai, et surtout au commencement de juin, elle a acquis une grande violence.

Une foule d'écrits ont été publiés sur le choléra-morbus épidémique, surtout en France, en Angleterre et aux États-Unis. Il serait impossible d'embrasser dans une simple description tous les détails de ces diverses publications ; nous nous contenterons de présenter ici les résultats principaux de ces recherches, parmi lesquelles il faut particulièrement citer celles de Bouillaud (1), Gendrin (2), Magendie (3), J. Cruveilhier (4), J. Brown (5), Briquet et Mignot (6), [Doyère], etc., et de nombreux articles publiés dans les journaux, de 1832 à 1834 ou 1835, et en 1849, lors de la seconde épidémie.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le choléra-morbus épidémique ne peut être défini que par ses principaux symptômes, qui sont : des vomissements plus ou moins abondants ; des selles fréquentes, dont la matière est principalement constituée par un liquide plus ou moins clair ou louche, tenant en suspension des flocons muqueux ; des crampes ; la teinte violacée des téguments, le refroidissement et la suppression plus ou moins complète des urines. Les autres symptômes, qui seront décrits plus loin, peuvent manquer sans que le choléra cesse d'être parfaitement caractérisé, et, par conséquent, il serait inutile de les faire entrer dans cette définition.

C'est surtout à cette maladie qu'on a donné les noms de *choléra foudroyant*, *choléra algide*, *choladrée lymphatique* (7). C'est elle qu'on désigne particulièrement sous les noms de *choléra asiatique*, *choléra indien*, *choléra pestilentiel*, et que Serres et Nonat (8) ont nommée *psorentérie* ou *psorentérite*, à cause du développement des follicules isolés, qui font paraître l'intestin couvert de boutons environnés ou non, disent ces auteurs, de signes d'inflammation. Le nom de *choléra-morbus épidémique*, ou celui de *choléra indien*, qui indique son origine, sont ceux qui doivent être préférés.

Il n'est utile de rechercher quelle est la *fréquence* du choléra épidémique que dans les pays où cette affection est endémique. Mais les auteurs qui ont décrit les maladies de ces contrées n'ont pas suffisamment insisté sur ce point. Il n'est pas d'année où, dans l'Inde, on n'en observe un nombre plus ou moins considérable de cas isolés, et, depuis que les médecins anglais ont appris à distinguer cette maladie de toutes les autres, ils ont pu en observer des épidémies plus ou moins

(1) *Traité prat., théor. et statist. du choléra-morbus de Paris, appuyé sur un grand nombre d'observ. recueillies à l'hôpital de la Pitié*. Paris, 1832, in-8.
(2) *Monogr. du choléra-morbus épidém. de Paris*. Paris, 1832, in-8.
(3) *Leçons sur le choléra-morbus*. Paris, 1832, in-8.
(4) *Anatom. pathol. du corps humain*, t. I, XIV[e] livraison, avec planches coloriées.
(5) *Cyclopæd. of practic. medic.*, art. CHOLERA EPIDEMIC.
(6) *Traité prat. et analyt. du choléra-morbus* (épidémie de 1849). Paris, 1850.
(7) Voy. Bally, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 153 ; t. XIV, p. 189.
(8) *Gazette méd. de Paris*, 1832, et *Mém. sur la psorentérie, ou choléra de Paris*, in-4.

étendues. D'après une lettre de Scott, citée par le docteur Brown, la connaissance du choléra remonte à une haute antiquité dans l'Inde, et l'on trouve dans des ouvrages indiens des relations d'un assez grand nombre d'invasions épidémiques.

§ II. — Causes.

Des recherches très-attentives auxquelles la statistique a fourni des documents très-nombreux ont été entreprises par une commission nommée par le préfet de la Seine. Voyons ce que nous trouvons de plus positif dans ce qui a été dit à cet égard.

1° Causes prédisposantes.

Age. — On peut dire d'abord que le choléra a sévi sur *tous les âges;* mais dans quelle proportion, suivant les principales époques de la vie? C'est ce qu'il importe de rechercher. D'après le relevé fait par la commission, et qui porte sur 18 400 malades, l'âge qui a fourni la plus grande mortalité est la vieillesse : puis vient l'âge adulte, puis la première enfance, et enfin la seconde enfance. Si l'on examine le résultat des recherches faites par Gendrin, on trouve des résultats analogues; et si l'on admet, avec les auteurs, que les très-jeunes enfants résistent beaucoup moins que les hommes aux atteintes du choléra, il en résulte que cette mortalité moindre suppose un nombre proportionnel d'enfants atteints bien moindre encore. Quant aux extrêmes de l'âge, on voit qu'à deux, trois et quatre mois, les enfants peuvent être affectés du choléra, mais très-rarement, tandis que l'extrême vieillesse a été fortement atteinte, comme on peut en juger par les relations du choléra qui a sévi dans les hospices de vieillards (1).

Sexe. — C'est également d'après le chiffre proportionnel des décès qu'on a cherché à établir la fréquence relative dans les deux *sexes*, et l'on est arrivé à ce résultat que les deux sexes y ont été, à très-peu près, également exposés.

Constitution. — Si l'on considère que le choléra s'est montré plus grave chez les très-jeunes enfants; que, dans la banlieue de Paris, le nombre des femmes qui ont succombé a été proportionnellement plus grand que celui des hommes; que l'âge le plus avancé a fourni le plus de victimes; on peut, par analogie, admettre qu'une constitution médiocre ou détériorée par des maladies antérieures, ce qui rapproche les individus de l'état de faiblesse commun aux trois conditions que nous venons d'énumérer, doit aussi prédisposer à contracter la maladie. Nous n'avons à notre disposition qu'un petit nombre d'observations prises au plus fort de l'épidémie, et dans lesquelles les constitutions fortes et les constitutions faibles ont été presque également atteintes par le choléra; ces renseignements sont trop insuffisants pour qu'il soit utile de leur accorder autre chose qu'une simple mention. Nous n'avons rien à dire de particulier sur le *tempérament*.

Professions. — La commission nommée par le préfet de la Seine a recherché avec soin l'influence des *professions*, et le résultat général qu'elle en a tiré, c'est que : les professions qui exposent ceux qui les exercent aux intempéries, aux privations de toute espèce, à un travail pénible et fatigant, ont eu, dans une proportion très-considérable, une action marquée sur la production de la maladie (2).

(1) Voyez en particulier Rochoux, *Arch. gén. de méd.*, 1852, t. XXX, p. 332, 439.

(2) *Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris et le département de la Seine*, par la commission nommée par le gouvernement. Paris, 1834, in-4 avec cartes. — Bouvier, *Mémoire sur la mortalité comparée des quartiers de Paris dans l'épidémie de choléra de 1849* (*Mém. de l'Acad. imp. de médecine*, Paris, 1853, t. XVII, p. 335).

Quant aux *professions* dites *insalubres*, l'enquête de la commission a été faite à cet égard avec beaucoup de soin, et il en est résulté que les idées théoriques qui faisaient regarder ces professions comme prédisposant les individus au choléra étaient entièrement fausses.

Relativement à l'*habitation*, nous trouvons d'abord comme résultat général, également signalé par la commission, que les parties basses et humides de Paris ont offert beaucoup plus de malades et de morts que les parties élevées, sèches et bien aérées.

Quant au *voisinage des canaux* et *des rivières*, il n'a eu d'autre effet apparent que d'augmenter la mortalité d'un chiffre presque insignifiant. Parmi le trop petit nombre d'observations très-exactes que nous avons pu rassembler, les deux tiers des individus qui ont donné des renseignements sur leur habitation étaient, depuis un temps plus ou moins long, dans des *chambres froides, humides, mal aérées, mal éclairées.*

Climats. — L'influence des *climats* n'est évidemment pas douteuse, puisque le choléra est endémique dans l'Inde; mais lorsque l'épidémie a éclaté, que l'influence morbide a commencé à se faire sentir hors des lieux où elle avait pris naissance, cette influence des climats semble avoir disparu. Le choléra, en effet, n'a pas sévi avec moins de violence en Russie, en Angleterre et en France, que dans les contrées asiatiques, en Italie et en Espagne. Il semblait alors qu'il y avait une force d'impulsion qui poussait l'influence morbide avec la même violence dans les sens les plus opposés.

Température, saisons. — Dans l'Inde, l'influence des saisons se fait visiblement sentir; car les auteurs anglais qui ont observé le choléra dans ce pays ont remarqué qu'il sévissait principalement aux époques de l'année où des *nuits très-froides* succèdent à des *journées très-chaudes;* mais en Pologne, en Angleterre et surtout à Paris, on n'a pu découvrir aucun rapport entre la violence du choléra et la constitution saisonnière. Dans la dernière épidémie seulement, nous avons vu la maladie coïncider d'une manière bien remarquable avec la grande élévation de la température.

Quant à la *composition de l'air atmosphérique*, c'est vainement qu'on a cherché à y trouver l'explication de l'apparition de la maladie et des nombreuses recrudescences qu'elle a eues dans les divers pays.

Hervieux (1) a fait remarquer la moins grande intensité du choléra sur des plateaux bien aérés, et sa violence dans les lieux bas. En général, cette remarque, déjà faite par d'autres médecins, est confirmée par les faits; mais il y a des exceptions bien frappantes. Nous ne citerons que l'immunité dont a joui la ville de Lyon.

[*Sol.* — On a noté aussi l'influence de la *constitution géologique du sol.* Ainsi le choléra n'exercerait ses ravages que sur les *terrains secondaires* et *tertiaires*, sur les terrains formés de *dépôts marins* ou *lacustres* et sur ceux d'*alluvions;* il respecterait, au contraire, les *terrains primitifs* ou granitiques. C'est à cette condition géologique que l'on devrait attribuer l'immunité de Lyon et de Versailles, dans les trois grandes épidémies cholériques, celle d'une partie de la Bretagne, et enfin celle d'un faubourg de Vienne en Autriche.]

(1) *Union médicale*, 7 juillet 1849.

Misère, privations. — Nous avons vu plus haut que le choléra avait sévi principalement sur la classe indigente et sur les ouvriers exposés aux intempéries de l'air ; ce fait nous porte déjà à penser que la misère, le défaut de vêtements, les privations de tout genre, ont placé les sujets dans les conditions les plus favorables au développement de la maladie. Sur dix-sept malades sur lesquels on a pris des renseignements exacts et dont nous avons les observations sous les yeux, sept avaient subi, durant l'hiver précédent, de très-grandes privations : ainsi tout porte à croire qu'une *nourriture* de mauvaise qualité, insuffisante, le *défaut de vêtements* et d'un abri convenable contre le froid ont été les causes prédisposantes les plus efficaces.

L'*encombrement*, surtout dans des lieux mal aérés, est regardé aussi comme une cause prédisposante efficace du choléra-morbus épidémique. A l'appui de cette opinion, on peut citer ce qui a été observé par la commission dans les casernes. On a vu, en effet, que, dans le département de la Seine, la mortalité a été beaucoup plus grande chez les militaires que dans la population civile. Ces recherches avaient été faites pour s'assurer si l'état militaire pouvait être regardé comme une cause prédisposante ; mais tout porte à croire que la mauvaise habitation, dont nous avons déjà reconnu l'influence, doit seule être accusée de cette plus grande violence du choléra chez les soldats.

En 1849, beaucoup de malades, entrés dans les hôpitaux pour d'autres affections, ont été atteints du choléra dans les salles. Nous dirons un mot plus loin des conséquences qu'on a voulu tirer de ce fait relativement à la contagion ; nous nous bornerons à indiquer ici le résultat des recherches de Briquet et Mignot (1) relativement aux maladies étrangères dont ces sujets étaient atteints. Le choléra, disent Briquet et Mignot, a attaqué la *totalité des érysipèles*, les *deux tiers des pneumonies*, les *quatre cinquièmes des cancéreux*, le *tiers des phthisiques*, le *quart des fièvres typhoïdes*, le *cinquième des métrites et des ovarites*, le *septième des malades attteints de phlegmasie gastro-intestinale*, le *huitième des bronchites*, et le *neuvième des hystéries.* La seule circonstance bien digne de remarque est la faible proportion des maladies gastro-intestinales.

En résumé donc : le grand âge, une mauvaise habitation, des privations de toute espèce, et peut-être l'*état moral* qui en est la suite, sont les seules causes prédisposantes dont il soit permis de regarder l'existence comme assez bien constatée.

2° Causes occasionnelles.

Relativement aux causes occasionnelles, nous n'avons plus que des données très-incertaines.

On a cité les changements brusques de température, le *froid subit* appliqué à la surface du corps ; mais on ne trouve nulle part de résumé de faits qui mette l'existence de ces causes hors de doute.

Excès. — Nous avons considéré l'habitude des excès comme cause prédisposante ; si maintenant nous examinons ces *excès eux-mêmes* comme cause occasionnelle, voici les données intéressantes que nous trouvons dans le rapport de la commission. Le nombre des malades reçus dans les hôpitaux était beaucoup plus

(1) *Loc. cit.*

considérable les mardi et mercredi de chaque semaine que les autres jours, et le nombre des admissions allait en diminuant à mesure qu'on s'éloignait de ces deux jours les plus chargés. Or, si l'on songe que le dimanche et le lundi sont des jours consacrés à des excès de tout genre par la classe admise dans les hôpitaux, on ne peut guère douter que ce ne soit là la cause de cette augmentation dans le nombre des entrées ; et, d'un autre côté, si l'on se rappelle que c'est aux excès de vin qu'on se livre principalement, c'est à ce genre d'excès qu'il faudra surtout rapporter l'invasion de la maladie.

Maintenant faut-il voir dans la *nature des aliments* ingérés, dans l'usage de substances indigestes, comme le lard, les viandes passées ou faisandées, les choux, etc. ; ou bien dans l'emploi des fruits verts ou des fruits qu'on appelle froids, comme les melons, etc., des causes occasionnelles évidentes du choléra ? Il est impossible de se prononcer formellement à ce sujet, sous le point de vue scientifique ; cependant rien ne paraît plus possible que l'influence pernicieuse de ces substances dans la production d'une maladie dont les symptômes locaux se montrent principalement dans le tube digestif ; aussi la prudence exige-t-elle que, pendant les épidémies, on recommande aux populations d'être extrêmement sobres dans l'emploi de ces substances. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'abus des *boissons froides* (1) *et aigres* aux *excès vénériens*, aux causes de toute espèce qui débilitent l'économie, etc.

Nous avons dit un mot des *affections morales* longtemps prolongées, qui peuvent placer les sujets dans des conditions fâcheuses, au milieu d'une épidémie de choléra ; mais il reste à savoir si ces affections morales peuvent agir comme causes occasionnelles. Et d'abord la *peur* a-t-elle ce funeste effet ? Nous pensons qu'il faut distinguer ici la peur du fléau lui-même, et la peur d'autres accidents qui lui sont étrangers. Relativement à cette dernière, la commission dont nous avons plusieurs fois cité le rapport a fait remarquer qu'au mois de juin 1832, l'émeute qui avait porté l'effroi dans la population, et surtout dans le quartier Saint-Méry, n'eut aucune influence sur la marche du choléra, ou plutôt qu'il y eut une diminution sensible dans le nombre des décès. Si l'on voulait donc tirer une conséquence de ce fait, on devrait admettre que la diversion produite par l'émeute a été plutôt favorable que nuisible. Reste maintenant à savoir si la *crainte du fléau lui-même* n'a pas un effet désastreux. L'opinion générale est qu'il en est réellement ainsi ; mais on sent combien les recherches sur ce point sont difficiles.

Contagion. — Pour compléter ce que nous avions à dire sur les causes du choléra, il nous reste à parler de la *contagion*, qui a été admise par quelques médecins. Moreau de Jonnès (2) a principalement insisté sur l'existence de cette cause, et récemment Briquet et Mignot ont cherché à la démontrer par l'analyse des faits soumis à leur observation ; mais on sera peu porté à admettre cette manière de voir, si l'on réfléchit à l'extrême violence de la maladie lorsqu'elle s'est répandue en Europe, et si l'on songe qu'en 1832, tous les sujets se trouvaient dans le plus grand degré d'aptitude possible à la contracter, en la supposant contagieuse, puisque tous les Européens se trouvaient pour ainsi dire *neufs* pour cette affection

(1) [Guérard, *Considérations générales sur l'hygiène, et Mémoires sur les accidents qui peuvent succéder à l'ingestion des boissons froides* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Paris, 1842, t. XXVII).]

(2) *Rapport sur le choléra-morbus*, et *Bull. de l'Acad. de méd.*, t. XIV, p. 739, 823 et suiv.

inconnue jusqu'alors. N'est-il pas évident, en effet, que ceux qui approchaient journellement des malades auraient dû, dans de telles circonstances, succomber presque tous? Or c'est ce qui n'a pas eu lieu, et l'on a remarqué principalement que les médecins n'avaient pas succombé en plus grand nombre que les autres individus pris dans la même classe de la société. Cette raison est tellement puissante, que nous ne croyons pas devoir insister beaucoup sur un fait qui me semble parfaitement jugé. Les faits cités par Briquet et Mignot se rencontrent toujours dans les grandes épidémies, que la maladie soit contagieuse ou non, et d'ailleurs ces faits sont par eux-mêmes beaucoup moins probants qu'ils ne l'ont paru à ces auteurs.

Tous les essais qui ont été faits pour inoculer le choléra, soit avec le sang, soit avec la sueur, soit avec toute autre humeur, ont été complétement infructueux. Comme J. Annesley (1), qui a pratiqué dans l'Inde, nous avons remarqué que les personnes qui approchent les malades ne sont pas plus fréquemment atteintes que les autres.

§ III. — Symptômes.

Pour la description des symptômes du choléra-morbus épidémique, on a adopté diverses divisions. C'est ainsi que Dalmas (2) a décrit deux périodes, dont l'une comprend l'état *algide* et l'autre l'état de *réaction*. J. Brown admet trois périodes, qui sont celles du *début* et les deux qui viennent d'être indiquées; mais c'est Gendrin qui en a établi le plus grand nombre. Pour lui, il y a une première période, ou d'*invasion*, dite *phlegmorrhagique*, parce qu'il existe alors des évacuations séreuses par la bouche et par l'anus; une seconde, qu'il appelle période d'*état :* c'est celle que les autres auteurs ont appelée *cyanique*, à cause de la coloration bleue des téguments; la troisième est désignée par Gendrin sous le nom de période d'*extinction* ou *asphyxique;* la quatrième est la période de *réaction*, et enfin la cinquième serait caractérisée par des *crises* et des *métastases* qui jugeraient la maladie.

Cette division nous paraît devoir être rejetée. La période dite *phlegmorrhagique* n'est nullement tranchée, puisqu'elle peut se continuer et qu'elle se continue, en effet, presque toujours pendant la période suivante. La troisième n'est évidemment qu'une continuation de la seconde; et, quant à la *période critique*, nous verrons non-seulement qu'on a beaucoup exagéré l'importance des phénomènes considérés comme constituant les crises, mais encore qu'il n'est nullement démontré que ces phénomènes aient quelque chose de critique.

Les auteurs du *Compendium de médecine* n'ont admis que quatre périodes, dont la première serait caractérisée par les *prodromes nerveux et intestinaux*. Il nous paraît suffisant d'admettre trois périodes avec le docteur Brown, et de décrire successivement le *début*, l'*état cyanique* et la *réaction*.

1° *Début*. — Comme nous venons de le dire, on a avancé que fréquemment de véritables prodromes nerveux annonçaient l'invasion du choléra. Cette opinion n'a pas été émise pour la première fois dans les épidémies dont nous avons été témoins. Déjà le docteur Annesley (3) avait insisté sur les prodromes du choléra, et il avait

(1) *Treat. on the epidem. cholera of India*, 1820.
(2) *Dictionnaire de médecine*, t. VII. art. CHOLÉRA.
(3) *Researches into the causes, etc., of the diseases of India*. London, 1828, 2 vol. in-4.

mentionné les phénomènes nerveux; mais voici ce que nous trouvons en examinant quatre-vingt-quatorze faits pris avec grand soin dans le service de Louis, et où l'on a fait toutes les recherches possibles sur le début de la maladie. Les prodromes nerveux ne se sont montrés seuls que dans un petit nombre de cas (sept, ou un peu moins du douzième). Si l'on y joint quelques cas dans lesquels il y avait en même temps de l'anorexie et des nausées, le nombre s'élève à dix seulement, ou un neuvième environ. Les prodromes nerveux, considérés de cette manière, n'ont pas, comme on le voit, l'importance qu'on a voulu leur donner.

Les symptômes intestinaux se sont montrés dans un assez grand nombre de cas, puisque trente-deux sujets les ont présentés plusieurs jours avant le moment où les vomissements abondants, les selles séreuses, les crampes, etc., ont annoncé une invasion violente du choléra. Ces symptômes appartiennent à la maladie elle-même, lorsqu'ils s'accompagnent d'autres symptômes caractéristiques du choléra, tels que les crampes, les vomissements, les nausées, etc., ou lorsque ces derniers surviennent très-peu de temps après. On a vu assez souvent, surtout à une époque peu éloignée du début de l'épidémie, une diarrhée médiocrement abondante, un certain degré d'anorexie, de faiblesse, persister pendant un temps qui varie de deux à dix, douze et même quinze jours avant que les symptômes violents du choléra se soient manifestés. C'est là, comme nous l'avons dit, l'état auquel on a donné le nom de *cholérine*, état que, dans quelques cas, on a vu se dissiper spontanément, et que des moyens fort simples ont arrêté dans d'autres.

[Les médecins anglais ont beaucoup insisté, dans ces derniers temps, sur cette *diarrhée*, qu'ils nomment *prémonitoire*, et à laquelle il faut véritablement donner de l'importance ; car il est évident qu'elle est très-commune, qu'elle est presque inévitablement suivie des symptômes du choléra confirmé, qu'elle dure assez longtemps pour donner au médecin le temps d'intervenir, et enfin que, quand on l'a enrayée, on a, par le fait même, enrayé la maladie et prévenu toutes ses conséquences graves.]

Il est un très-petit nombre de cas dans lesquels des symptômes, que l'on peut regarder comme des prodromes, ont eu quelque chose de spécial : c'est ainsi que, sur cinq sujets, je vois soit un *simple malaise*, soit un état de *courbature* marquée, précéder d'un ou de plusieurs jours le choléra, sans présenter aucun caractère particulier. Chez deux, la courbature existait en l'absence de tout autre symptôme ; chez un autre, il y avait en même temps un peu de céphalalgie ; chez un autre encore de l'anorexie, et chez un dernier, il n'existait qu'un malaise indéfinissable. Dans deux autres cas, il y eut ceci de remarquable, que l'anorexie exista seule, sans autre chose de notable.

Si le plus grand nombre des sujets s'est vu forcé par ces phénomènes, qu'on a regardés comme précurseurs, à abandonner ses travaux journaliers, il en est quelques-uns qui, malgré l'apparition de la diarrhée et des coliques, n'ont pas suspendu leurs occupations habituelles, et quelquefois même ont conservé assez d'appétit pour ne pas suspendre leur alimentation, quoique la diarrhée augmentât presque toujours d'une manière notable après le repas.

Gossement (1) a remarqué que ceux qui allaient être atteints du choléra avaient la *cornée terne*, *opaque*, *couleur de parchemin*. C'est pour lui un *signe précurseur*

(1) *Journ. des connaissances méd.-chir.*, janvier 1848.

précieux qui lui a permis de prévenir le mal. Cette remarque mérite d'être vérifiée.

Soit que ces symptômes aient existé, soit qu'ils aient manqué, ce qui a lieu dans la majorité des cas que j'ai analysés, le *début* évident de l'affection se présente avec des caractères assez uniformes. Presque toujours, en effet, c'est de la *diarrhée*, accompagnée ou non de *coliques*, qui ouvre la scène. C'est ce qui a eu lieu, en effet, dans quatre-vingt-sept cas sur quatre-vingt-quatorze; encore faut-il ajouter que, dans plusieurs des autres, la diarrhée n'a pas tardé à survenir. Si elle existait déjà, elle devenait promptement beaucoup plus abondante, et annonçait une grande aggravation de la maladie. Il n'est pas rare de voir cette diarrhée survenir *sans coliques;* celles-ci ne se sont, en effet, montrées au début que dans trente-trois cas, et encore n'ont-elles été, en général, que médiocrement fortes. Des borborygmes, dans un petit nombre de cas, un peu de céphalalgie chez quelques sujets (onze), des bourdonnements d'oreille ou des étourdissements, une certaine faiblesse qui, dans quelques cas seulement, est portée à un haut degré, des crampes rarement violentes, et ayant principalement leur siége dans les pieds et dans les mollets, un affaiblissement plus ou moins marqué de la voix dans un nombre limité de cas (quinze pour les crampes, neuf pour l'affaiblissement de la voix), et parfois enfin des frissons (huit fois), complètent, avec les vomissements, dont il va être question, le tableau de ce début.

Quant aux *vomissements*, il est nécessaire d'en dire un mot à part. Dans un certain nombre de cas (vingt-trois), ils se montrent en même temps que la diarrhée, et alors ils constituent un des symptômes les plus importants du début; mais plus souvent ils surviennent un temps plus ou moins long (de quelques heures à un ou plusieurs jours) après les phénomènes qui viennent d'être indiqués. Quelquefois on observe, dès le début, quelques nausées suivies de vomissements au bout d'une ou de plusieurs heures.

Il n'est pas fréquent de voir la maladie débuter d'une manière *brusque*, c'est-à-dire s'annoncer tout à coup par l'ensemble des symptômes qui viennent d'être énumérés; mais on voit souvent ces symptômes se succéder avec une grande rapidité, de telle sorte qu'au bout de quelques heures la maladie est portée au plus haut point d'intensité : c'est ce que l'on a observé ordinairement dans les premiers temps des épidémies dont nous avons l'histoire, et cependant, en 1849, les choses ne se sont pas passées ainsi, car c'est vers le milieu de l'épidémie que se sont montrés ces cas rapidement graves. Parfois on a vu des individus être pris tout à coup, avec ou sans malaise précurseur, de vomissements abondants, de diarrhée presque incessante, de crampes, de refroidissement, et succomber en une ou deux heures. C'est là ce qu'on peut appeler un *choléra foudroyant;* mais les cas de ce genre sont fort rares.

2° *Symptômes.* — Pour la description des symptômes, il est absolument nécessaire de diviser la maladie en *période algide* et *période de réaction.*

Période algide. — La *diarrhée*, que nous avons signalée au début, persiste presque toujours dans cette période. Il est très-rare, en effet, que si, par des moyens appropriés, on est parvenu à l'arrêter complétement, il ne s'ensuive pas une prompte amélioration dans les symptômes; cependant la chose n'est pas impossible, car sur vingt-cinq cas où l'état des selles a été noté avec soin, je trouve que deux fois la diarrhée séro-muqueuse, très-abondante au début, a été complétement supprimée

dans la période algide, sans que pour cela les symptômes aient cessé de faire des progrès, et que la mort ait pu être prévenue.

Au commencement de cette période, les selles sont ordinairement très-fréquentes, surtout si l'on n'a rien fait pour en diminuer la quantité. Les malades ont de dix à quinze, vingt selles, et même un plus grand nombre dans les vingt-quatre heures. Ces selles sont composées d'un liquide aqueux, présentant parfois une légère teinte jaune et l'odeur des matières fécales, plus souvent blanchâtres, grisâtres, ayant un aspect louche, comme l'eau dans laquelle on a fait bouillir assez longtemps une assez grande quantité de riz, et alors elles ont perdu complétement ou presque complétement l'odeur fécale. Au commencement de cette période, il est très-rare que les selles soient involontaires.

A une époque un peu plus avancée, les selles ont plus rarement une aussi grande fréquence, ce qui tient, sans aucun doute, à l'effet des moyens employés; parfois même on voit apparaître de nouveau quelques matières fécales, ce qui est toutefois très-rare, car cela n'a été noté qu'une fois dans les observations que nous avons rassemblées. Parfois aussi on voit les selles, d'abord supprimées, reparaître de nouveau avec l'aspect caractéristique que nous avons indiqué.

Au déclin de cette période, les choses se passent différemment, suivant les cas.

Chez un assez grand nombre de sujets, et surtout chez ceux qui doivent guérir ou qui marchent vers la période de réaction, les selles deviennent rares, prennent plus de consistance, présentent l'odeur fécale ou se suppriment. Chez d'autres, au contraire, elles augmentent de fréquence au point de devenir presque continuelles et même *involontaires*. Ce dernier symptôme, qui a été noté trois fois, survient presque toujours chez des sujets qui doivent succomber.

Au milieu et à la fin de cette période, le liquide rendu par les selles ne change pas sensiblement de nature; mais c'est surtout alors qu'on voit nager dans ce liquide de petits *flocons muqueux* dont quelques-uns ont l'aspect du riz bien cuit et plus ou moins écrasé, circonstance qui a été notée avec soin par tous les auteurs. Dans un petit nombre de cas même, on voit du mucus amassé en plus ou moins grande quantité au fond du vase vers lequel les flocons se précipitent. Dans un des cas que nous avons sous les yeux, les matières rendues par les selles avaient une *couleur lie de vin* très-prononcée, apparence qui a été également notée par quelques auteurs, et que nous retrouverons lorsque nous aurons à faire la description du liquide contenu dans l'intestin après la mort.

On a, dans la dernière épidémie, beaucoup parlé de *corpuscules particuliers* trouvés dans les déjections des cholériques. La commission du choléra, nommée par le Collége médical de Londres, a fait voir combien ces corpuscules ont peu d'importance, en en constatant la présence dans plusieurs autres maladies toutes différentes.

Pouchet a trouvé dans les selles des cholériques le *Vibrio rugula*, animal microscopique que Leeuwenhoeck avait déjà signalé dans les déjections alvines des sujets affectés de dysenterie.

Andral (1), ayant examiné les déjections et le sang des cholériques, a observé ce qui suit :

(1) *Nature du liquide sécrété par la membr. muq. des intest. dans le choléra*, note lue à l'Acad. des sciences, août 1847. — Comparez *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1849, t. XIV, p. 666, 674.

« 1° La matière blanche qui remplit l'intestin des cholériques n'est point une partie même du sang, ainsi qu'on l'a souvent répété : on n'y trouve ni albumine, ni fibrine ; 2° cette matière n'est autre chose que du mucus, sécrété tout à coup en très-grande quantité, et modifié par cela même dans ses qualités ; 3° le caractère microscopique essentiel de cette matière, c'est l'existence dans son sein d'un nombre très-considérable de globules à noyaux, parfaitement semblables, quant à leur aspect, aux globules que l'on trouve dans le pus, bien que cette matière, sous aucun rapport, ne ressemble au pus ; 4° l'examen du sang des cholériques montre que l'albumine du sérum s'y maintient dans sa proportion normale ; 5° la théorie qui rapporte les symptômes de la période de cyanose du choléra à un changement que le sang aurait éprouvé dans sa composition, par suite d'une grande et subite déperdition de son sérum, ne saurait être admise. »

Alf. Becquerel (1) est arrivé à des résultats bien différents; car, des expériences qu'il a faites à ce sujet, il a pu tirer les conclusions suivantes :

« L'analyse des vomissements permet de les considérer comme constitués par du sérum du sang étendu d'une quantité d'eau variable, en général très-considérable. Au milieu de ce sérum étendu nage de l'albumine coagulée, dont les fragments ténus sont unis et agglomérés par une petite quantité de mucus. »

L'auteur signale encore comme faits importants de ses analyses :

« 1° L'albumine en dissolution.

» 2° L'albumine coagulée qui donne aux matières des vomissements des cholériques l'apparence d'eau de riz.

» 3° L'abondance plus grande de ces deux albumines à une époque plus rapprochée du début.

» 4° La présence d'une quantité notable de chlorure de sodium ; quantité qu'on trouve presque triple de ce qu'elle est dans le sang, si l'on fait pour un instant abstraction de l'eau, et si l'on n'envisage le chlorure de sodium que relativement aux parties solides des vomissements.

» 5° Enfin, l'acidité des vomissements. »

Le tableau relatif aux évacuations alvines contient quatre analyses, et les conclusions présentent une grande analogie avec celles qui sont relatives aux vomissements.

« C'est une eau légèrement albumineuse, contenant, outre l'albumine en dissolution, une quantité variable d'albumine coagulée, unie à une très-petite quantité de mucus.

» Cette eau albumineuse est, en général, neutre ou légèrement alcaline, et contient également une quantité relativement assez considérable de chlorure de sodium. »

Il ne nous appartient pas de nous prononcer entre ces résultats contradictoires ; c'est aux expériences ultérieures à nous éclairer.

Lorsque les selles sont très-fréquentes, le besoin de les rendre est si impérieux, que les malades ne peuvent pas attendre un instant, et les rendent dans leur lit, sans que pour cela elles soient involontaires. Parfois aussi il suffit des efforts de vomissement pour déterminer l'expulsion des selles liquides.

(1) *Notes sur quelques analyses du sang, des vomissements, etc.* (Compte rendu des séances de la Soc. méd. des hôpit., *Union médicale*, 6 septembre 1849).

Les *coliques*, que nous avons vues fréquemment manquer au début, sont loin d'être constantes dans cette période, et surtout de durer pendant tout son cours. Ce n'est guère que sur le tiers des sujets environ qu'il en est ainsi. Chez les autres, ou bien il n'existe de coliques dans aucun moment, ce qui est rare; ou bien, après s'être montrées au commencement de la période, elles cessent bientôt pour ne plus reparaître. Dans deux cas, nous voyons que les coliques, qui jusqu'alors ne s'étaient pas montrées, ont apparu à la fin de la maladie et quelques heures avant la mort.

Des *borborygmes*, des *gargouillements*, soit spontanés, soit provoqués par la pression sur le ventre, accompagnent également les selles liquides dans un nombre assez limité de cas.

Les *vomissements*, ainsi que nous l'avons dit plus haut, ne tardent pas à se joindre aux symptômes précédents. Au commencement de cette période, ils apparaissent dans un nombre considérable de cas. Dix-huit fois, en effet, sur vingt-neuf observations très-exactes que nous avons sous les yeux, ils se sont montrés tout d'abord, tantôt rares (neuf fois), tantôt fréquents (neuf fois), mais toujours avec des caractères analogues. Ils sont formés d'un liquide blanchâtre, jaune verdâtre, grisâtre, ordinairement louche, et contenant fréquemment des flocons muqueux semblables à ceux qui ont été décrits dans les selles. Quelquefois cependant on les a vus composés d'aliments mal digérés ou de boissons; mais presque toujours alors les vomissements caractéristiques que nous venons d'indiquer leur ont promptement succédé.

Plus tard, c'est-à-dire vers le milieu de cette période, les vomissements se montrent plus rarement. Ils n'ont été notés que treize fois, ce qui est dû, sans aucun doute, aux moyens thérapeutiques mis en usage; mais ils présentent, dans quelques cas, des caractères nouveaux qui méritent d'être mentionnés. Chez trois sujets, ils étaient composés d'une matière jaune verdâtre, amère, et contenaient par conséquent une certaine quantité de *bile;* chez un autre, l'ingestion des boissons provoquait le vomissement, ce qui n'avait pas lieu au début de la maladie.

Lorsque cette période touche à sa terminaison, soit que les sujets doivent succomber, soit qu'ils doivent guérir, il est bien plus rare d'observer les vomissements. Ils ne se sont plus montrés que sept fois (trois fois fréquents et quatre fois rares). Mais les effets plus que probables du traitement employé ne nous permettent pas de dire si c'est là une tendance naturelle de la maladie, ou si les vomissements ont été seulement suspendus par les moyens thérapeutiques. Les vomissements amers, bilieux, se sont montrés deux fois encore au déclin de cette période.

Nous avons dit plus haut que les vomissements étaient fréquents surtout au commencement de la période cyanique. Chez quelques sujets, cette fréquence était extrême, de telle sorte qu'ils ne faisaient, pour ainsi dire, qu'ingérer les boissons et les rejeter par la bouche et par l'anus. Chez quelques-uns aussi ils déterminent une vive angoisse, et chez tous c'est un des symptômes les plus incommodes, et dont ils demandent à être débarrassés avec les plus vives instances.

Nous avons vu, en parlant du début, que parfois l'*appétit* était perdu ou diminué plusieurs jours avant l'invasion des symptômes violents du choléra; mais, dans le plus grand nombre des cas, ce n'est qu'au moment où les phénomènes caractéristiques surviennent que l'on constate l'existence de l'*anorexie*. Alors presque

ous les sujets se privent volontairement d'aliments ou s'ils en prennent, c'est avec ne répugnance plus ou moins marquée. Cependant, chez quatre sur trente-six hez lesquels ce symptôme a été recherché avec soin, l'appétit était conservé en artie, même au commencement de la période algide. L'anorexie ne tarda pas à suremir, et chez tous les sujets, à une époque peu avancée de cette période, l'appétit tait complétement perdu. La *soif* est presque toujours vive ; parfois même elle est tellement impérieuse, que, malgré les nausées et les vomissements qu'excite l'ingestion les boissons, les malades ne peuvent s'empêcher de la satisfaire. Chez un sixième les sujets dont j'ai analysé les observations, la soif est restée légère jusqu'au milieu le cette période, et, d'un autre côté, chez quelques-uns, elle est devenue vive à la in, tandis que chez un petit nombre elle a perdu de son intensité, quoique les utres symptômes n'aient éprouvé rien de particulier dans leur marche.

On a dit que dans le choléra les malades avaient un *désir marqué des boissons froides*, et même des boissons *froides* et *aigrelettes*. Ce symptôme n'est pas, à beaucoup près, aussi constant qu'on l'a prétendu. Six sujets seulement, au commencement de cette période, éprouvaient un vif désir des boissons froides, trois autres demandaient des boissons froides et acidulées; ces malades avaient tous une soif vive. Mais six autres demandaient, au contraire, des boissons chaudes ou tièdes, et parmi eux, deux seulement n'avaient qu'une soif peu intense. Au milieu de la période, les choses étaient peu changées. Tout ce que nous trouvons, en effet, c'est qu'un des sujets qui demandaient des boissons froides a manifesté un vif désir des boissons chaudes, et que la soif s'est maintenue chez lui de la même manière jusqu'au moment de la mort. Chez deux sujets seulement l'injection des boissons soit chaudes, soit froides, provoquait immédiatement des vomissements. La soif vive est donc, comme on le voit, un symptôme important, quoique non constant, et le désir des boissons froides et aigres l'est beaucoup moins.

L'*état de la langue* mérite de nous arrêter un instant, à cause des conséquences qu'on a voulu en tirer. Rarement elle est sèche dans le cours de cette période : ce n'est, en effet, que chez cinq sujets sur trente-six qu'on l'a trouvée dans cet état, encore n'est-elle pas toujours restée ainsi, et a-t-elle présenté par moments un degré d'humidité marqué. Il n'en est pas de même dans le cours de la période de réaction.

La langue est ordinairement *fraîche* ou *froide* et humide ; elle l'est d'autant plus que les sujets approchent de la terminaison fatale. Lorsque la période de réaction commence, la chaleur de la langue se manifeste comme celle des autres parties du corps. Cet organe est ordinairement d'une *couleur livide* ou *violette*, au moins dans une de ses parties : c'est au pourtour qu'on rencontre le plus souvent cette coloration ; car il n'est pas rare de voir jusqu'au dernier moment le centre conserver une couleur blanche ou jaunâtre.

Lorsque les sujets sont plongés dans un état de torpeur considérable, la langue est *incomplétement tirée*, ce qui arrive surtout vers la fin de la maladie. Il n'y a là aucun des signes qu'on a voulu regarder comme annonçant un état d'inflammation de l'estomac.

Parfois l'*épigastre* présente des *douleurs spontanées* plus ou moins vives. Ces douleurs sont presque toujours comparées par le malade à des tortillements ; quelquefois on les voit se propager au côté, au dos et à l'épigastre. Moins souvent il

existe une douleur à la pression, et cette douleur est ordinairement légère ; mais ce qu'il y a de remarquable, c'est un sentiment d'*oppression* qui existe à l'épigastre, et sur lequel nous reviendrons à l'occasion des phénomènes de la respiration. Chez un bon nombre de sujets, au contraire, il n'y a ni douleur spontanée, ni douleur à la pression.

On trouve dans le *ventre* des douleurs semblables ; mais, chez un plus petit nombre de sujets, ces douleurs, qui ne sont pas, à proprement parler, des coliques, consistent dans un sentiment de *pesanteur* et de *constriction* ayant son siége vers l'ombilic, l'hypogastre et les flancs. Presque toujours elles ont un faible degré d'intensité ; cependant, chez quelques-uns des malades dont nous avons eu l'observation sous les yeux, elles étaient assez violentes pour arracher des cris. Dans quelques cas, il n'a pas été douteux que ces douleurs ne fussent dues à des crampes véritables. Nous y reviendrons lorsque nous parlerons de ces symptômes. Le plus souvent, le ventre reste complétement indolent.

Au commencement de la maladie, il est fort rare qu'il existe du *météorisme* même à un faible degré. Le ventre est plutôt *rétracté* et dur, de telle sorte que les parois paraissent se retirer vers la colonne vertébrale. C'est ce qui a été observé dans un tiers des cas environ, aux diverses époques de cette période. Chez les autres sujets, le ventre restait indolent et conservait sa conformation naturelle.

La *pression exercée sur le ventre* déterminait, comme celle de l'épigastre, une douleur peu intense dans un petit nombre de cas ; mais ce qu'il y avait de remarquable, c'était, chez quelques sujets, l'augmentation considérable de l'oppression par une pression même légère.

Dans un nombre de cas beaucoup moins considérable que ne l'ont avancé quelques auteurs, on a observé un *hoquet* très-incommode.

Un phénomène aussi digne d'être noté que ceux qui viennent d'être indiqués, est la *suppression* ou la *diminution notable de l'urine.* Chez plusieurs sujets, cette suppression ou une diminution sensible fut constatée dès le début de la maladie ; mais c'est surtout dans le cours de la période algide que ce phénomène s'est montré. Il est rare que les urines soient restées *naturelles* pendant tout le cours de l'affection. Ce fait n'a été constaté que dans quatre des cas dont il s'agit ; et toutefois ces quatre cas méritent d'être notés, puisqu'ils prouvent que la suppression des urines n'est pas un symptôme aussi constant que quelques auteurs l'ont prétendu. Dans tous les autres, elles ont été ou *très-considérablement diminuées*, leur émission n'ayant lieu que rarement et en très-petite abondance, ou *complétement supprimées.*

Dans un petit nombre de cas, après avoir été rares ou supprimées, les urines ont *reparu* en plus ou moins grande abondance vers le milieu de cette période, pour se supprimer ensuite à la fin, et un des sujets dont nous avons l'observation sous les yeux présentait ceci de remarquable, que, quoique l'émission des urines fût nulle, il éprouvait assez fréquemment un besoin d'uriner qui le tourmentait. Dans d'eux cas, les urines sont devenues *involontaires* à la fin de la maladie. Chez l'un des deux sujets, elles avaient été naturelles jusque-là ; chez l'autre, elles avaient été supprimées.

Des *phénomènes nerveux* très-notables accompagnent les symptômes précédents ; le plus remarquable sans contredit consiste dans des *crampes* qui donnent à cette maladie un caractère tout particulier. Lorsque l'affection est très-violente, c'est dès

le début même, ainsi que nous l'avons vu plus haut, que se manifestent ces crampes. Dans les autres cas, elles se montrent au bout d'un temps qui varie entre une heure et trois, et quatre ou cinq jours. Ces derniers cas sont rares.

Ordinairement *très-violentes*, les crampes sont quelquefois *médiocres* au commencement de cette période. Lorsqu'elles sont excessivement violentes, elles occupent promptement soit tous les membres, soit même tout le corps. Dans les autres cas, elles commencent soit aux mollets, soit aux pieds, pour s'étendre ensuite aux membres supérieurs, et parfois à l'épigastre ou à tout l'abdomen. Sous leur influence, on voit les muscles se gonfler, durcir notablement, l'abdomen présenter des bosselures qui occupent principalement le muscle droit, et une vive anxiété survenir. Nous verrons plus loin cette anxiété, ces angoisses être quelquefois si vives, qu'elles tirent le malade de l'assoupissement le plus profond.

Il est rare de voir les crampes persister avec la même violence pendant toute la période dont il s'agit ; elles diminuent ordinairement à mesure que les malades approchent du terme fatal, de ce moment que Gendrin appelle *période asphyxique*, ou bien de la *période de réaction*. Dans sept cas même, elles ont été complétement supprimées au milieu de cette période ; et ce qui prouve qu'il y a là plus qu'une coïncidence, c'est que dans deux autres elles ont complétement disparu à la fin, et que dans trois elles ont diminué notablement de violence. Chez un seul sujet, après avoir été supprimées au milieu de la période, elles ont reparu, avec un médiocre degré d'intensité, peu avant la mort.

La *céphalalgie* est un symptôme sur lequel on a beaucoup insisté ; cependant onze sujets seulement sur les trente-six se sont plaints d'une douleur de tête qui n'était vive que chez trois. D'eux d'entre eux en fixaient le siége à la région frontale. La céphalalgie est encore un phénomène qui caractérise principalement le commencement de cette période. Chez cinq sujets seulement elle a persisté jusqu'à la fin, n'étant un peu violente que chez un seul, et ayant diminué notablement chez les autres. Nous retrouverons ce symptôme dans la période de réaction.

On n'observe ordinairement ni *vertiges* ni *étourdissements*, et si ces symptômes peuvent être regardés, dans un certain nombre de cas, comme des phénomènes précurseurs, il n'en est pas moins vrai de dire qu'ils se dissipent très-promptement.

L'état de la *vue* a au contraire, dans quelques cas, quelque chose de particulier. Parfois obscurcie dès le début, elle l'est bien plus souvent dans le cours de la période algide. Ce symptôme s'est montré, chez dix des trente-neuf sujets dont nous analysons les observations. Chez la plupart, il a persisté jusqu'à la fin de la période; chez deux cependant la vue a recouvré son intégrité vers la fin, et chez deux autres aussi, après s'être conservée intacte jusque-là, elle est devenue notablement voilée. Trois sujets présentaient un phénomène remarquable : l'un voyait les objets colorés en bleu; pour l'autre, ils étaient tantôt noirs et tantôt rouges, et le troisième avait une véritable *diplopie*. Des phénomènes semblables ont été signalés par les auteurs.

Quant à l'*ouïe*, elle est toujours restée fine, et si parfois les malades ne répondaient pas promptement aux questions, c'est qu'ils étaient plongés dans l'assoupissement, et non à cause d'un certain degré de surdité; car dès que cet assoupissement avait cessé, on voyait que l'ouïe avait conservé toute sa finesse. On lit cependant dans les auteurs que la surdité est un symptôme du choléra, mais on a

eu sans doute en vue des cas exceptionnels. Quelques sujets (six) ont présenté des *tintements* et des *bourdonnements d'oreille*, et ce phénomène a persisté depuis le commencement de cette période jusqu'à la fin.

Il est impossible que des symptômes tels que ceux qui viennent d'être décrits ne déterminent pas un *malaise* plus ou moins notable; quelquefois ce malaise allait jusqu'à produire des angoisses si vives, dans un très-petit nombre de cas, que les malades désiraient la mort; c'est ce qui avait lieu chez une femme dont nous avons eu l'observation sous les yeux. En même temps on observe une *agitation* plus ou moins vive, qui ne survient ordinairement que par moments. La cause de cette agitation se trouve presque toujours dans l'apparition des crampes, ce dont on ne peut douter quand on a observé les sujets plongés dans l'assoupissement.

Cet *assoupissement* est un des phénomènes les plus importants de cette période; il est presque constant. Rarement il se manifeste au début de la maladie ou au commencement de la période algide. Ce n'est qu'après une certaine durée des premiers symptômes violents du choléra qu'il apparaît. Il n'est jamais continuel : des crampes violentes viennent presque toujours l'interrompre. Parfois léger, il est souvent assez profond pour que les sujets se montrent insensibles à ce qui se passe autour d'eux. Il n'est pas très-difficile de les en tirer, soit par des interrogations, soit par des mouvements. Quelquefois alors les réponses sont lentes, et l'on voit les malades retomber bientôt dans leur torpeur. Deux sujets parmi ceux dont nous passons les observations en revue présentaient un état digne de remarque : c'était une *immobilité* complète vers la fin de cette période et peu de temps avant la mort.

Ce qu'il y a de plus remarquable encore au milieu de tous ces symptômes si graves, c'est la conservation de l'*intelligence* chez la grande majorité des sujets. Neuf d'entre eux seulement ont présenté, sous ce rapport, quelques altérations, et ces altérations n'étaient pas très-notables, comme on va en juger. Aucun d'eux, en effet, n'a eu de délire. Deux seulement présentaient un air d'étonnement; un troisième manifestait une *indifférence* marquée à la fin de la maladie; un autre portait une expression d'hébétude sur la face, et chez les autres on n'observait autre chose que la *lenteur des réponses* dont j'ai parlé. C'était là plutôt, comme on le voit, un accablement, une oppression des facultés intellectuelles, qu'une véritable altération. Peut-être aussi la fatigue que l'interrogatoire faisait éprouver aux malades était-elle pour beaucoup dans cette lenteur de leurs réponses.

Il est très-rare que les *forces* soient anéanties dès le début. Au commencement de cette période, elles ont en général plus ou moins notablement diminué, mais non au point de forcer les malades à se coucher, si les autres symptômes ne leur en faisaient une nécessité; à la fin de la période, au contraire, elles sont, chez un certain nombre de sujets, tellement anéanties, que les moindres mouvements paraissent pénibles, et que, comme nous l'avons vu plus haut, quelques-uns gardent une immobilité complète. Une sensation de *brisement des membres*, en l'absence même des crampes, se montre aussi chez un petit nombre de sujets, et d'autres éprouvent, soit au commencement, soit à la fin de cette période, quelques *lipothymies* passagères.

Du côté de la *respiration*, nous trouvons des phénomènes dignes d'être notés : ordinairement *haute*, *pénible*, quelquefois *incomplète*, la respiration est souvent

remarquable par sa *fréquence.* C'est ainsi que chez la plupart des sujets chez lesquels il a été noté avec soin, le nombre des inspirations a varié de vingt-six à quarante. Un seul présentait une accélération extrême : il avait, en effet, cinquante-deux inspirations par minute. Cet état de la respiration se continue presque toujours jusqu'à la fin de cette période, et parfois même il va en augmentant.

Doyère (1), ayant analysé l'*air expiré* par les cholériques, a vu que l'acide carbonique s'y trouve dans des proportions très-inférieures à celles de l'état normal, et que cette proportion diminue à mesure que la maladie s'aggrave. Selon Begbie (2), il renferme une certaine quantité de bicarbonate d'ammoniaque.

Un certain degré d'*oppression* se manifeste chez un bon nombre de sujets. Elle a été notée dix-huit fois sur trente et un malades chez lesquels on l'a recherchée. Cette oppression est parfois extrême, et telle, qu'elle constitue souvent pour le malade le symptôme dont il se plaint le plus. Ordinairement en rapport avec la fréquence des inspirations, elle est quelquefois considérable, quoique les inspirations soient peu nombreuses, et c'est ce qui était surtout remarquable chez un sujet qui ne présentait que dix inspirations à la minute : fait entièrement exceptionnel. Cette oppression va ordinairement en augmentant jusqu'au milieu de cette période ; mais son accroissement est loin de se continuer jusqu'à la fin, dans tous les cas.

Rappelons ici que quelques malades se plaignaient très-vivement de l'augmentation qu'une pression même légère de l'épigastre apportait à leur oppression.

Parfois la respiration est *suspirieuse;* plus rarement elle paraît *suspendue* par moments, et ces symptômes sont en rapport avec la gravité de l'affection. Un seul des sujets dont j'examine les observations a fait entendre du *râle trachéal* dans les derniers moments de la maladie. Chez d'autres, on a entendu du *râle crépitant* ou *sous-crépitant* dans diverses parties de la poitrine, et ces signes annonçaient soit la présence de quelques *tubercules*, soit l'invasion d'une *pneumonie.*

La *voix* présente des altérations telles, qu'elle frappe non-seulement le médecin, mais les assistants. Parfois très-affaiblie dès le début, elle l'est constamment au commencement de la période dont il s'agit. Chez un certain nombre de sujets (huit), il existe dès ce moment une *aphonie* complète ou presque complète, et ce symptôme se continue jusqu'à la fin de cette période, soit que la maladie se termine par la mort, soit que la période de réaction survenant, la voix reprenne, avec plus ou moins de promptitude, son timbre naturel. Lorsque la voix est seulement faible, les sons ont un caractère voilé, et, lorsqu'il y a aphonie, le malade semble *parler péniblement*, à voix basse ; quelquefois même les paroles paraissaient comme *soufflées.*

Il n'est pas très-rare de voir, même dans les cas où elle est le plus fortement altérée, la voix reprendre par moment *une certaine force.* C'est ce que l'on remarque surtout lorsque les malades poussent des cris. L'extinction de la voix est, par conséquent, due à l'oppression des fonctions respiratoires, oppression qui peut être vaincue par des mouvements énergiques.

Du côté de la *circulation*, on observe des symptômes également fort graves. Au

(1) *Comptes rendus des séances de l'Acad. des sciences*, 21 mai 1849 ; *Mémoire sur la respiration et la chaleur humaine dans le choléra*, travail auquel l'Académie des sciences a décerné un prix. Paris, 1863.

(2) *London medical Gazette*, novembre 1849.

ommencement de la première période, le *pouls* est faible, ordinairement étroit, parfois filiforme, et, dans un petit nombre de cas, insensible ou presque insensible. Ces caractères du pouls se manifestent de plus en plus à mesure que la maladie augmente, de telle sorte qu'au milieu de la période, le pouls est petit et misérable dans les cas où l'on peut le sentir encore, et qu'à la fin, chez presque tous les sujets, on ne peut plus distinguer les pulsations dans tous les points accessibles de l'artère radiale. Il est presque toujours facile à déprimer. Chez les trente-six sujets dont il s'agit principalement ici, un seul a présenté un peu de dureté du pouls ; chez un autre, il y a eu cela de remarquable, qu'insensible tout d'abord d'un côté, il a été perçu de l'autre jusqu'à la fin de la maladie. Dans le petit nombre de cas où le pouls avait conservé un peu de largeur au début, il n'a pas tardé à devenir petit et misérable comme dans les autres.

Il est rare qu'on observe une certaine inégalité du pouls, et jamais on n'a constaté d'irrégularité véritable, même dans la période la plus avancée. Quant au *nombre de pulsations*, il est toujours plus élevé que dans l'état normal ; mais ordinairement l'accélération est peu considérable. Chez un sujet, il y a eu jusqu'à cent quarante-huit pulsations ; mais c'est là un fait tout exceptionnel. Le nombre des pulsations varie ordinairement entre soixante et douze et cent huit ou cent dix. La fréquence reste à peu près la même dans tout le cours de la période dont il s'agit ; tantôt on la voit augmenter un peu vers sa fin, et tantôt, au contraire, diminuer, et la limite de ces changements ne dépasse guère une dizaine de pulsations.

Lorsque le pouls radial est insensible, on peut encore sentir les *pulsations de l'artère carotide*, qui sont alors très-faibles et en rapport avec la gravité des autres symptômes. Il en est de même des *battements du cœur.*

Dans une note communiquée à la Société de biologie, Bouchut (1) signale la *réduction des deux bruits du cœur en un seul* dans les dernières heures de l'existence ; la présence d'un *bruit de souffle sec* et de *bruits de frottement* dans le cours de la cyanose ou au commencement de la période de réaction ; enfin la présence d'un *bruit de souffle intermittent* à la base du cœur et dans les vaisseaux pendant la convalescence.

La circulation est, dans cette période, et surtout à une époque assez avancée, si profondément altérée, que, si l'on pratique une saignée aux malades, on a ordinairement *beaucoup de peine à faire couler le sang*, et que parfois l'*écoulement est absolument impossible.* Les sangsues, au contraire, prennent assez bien, à moins que le sujet ne soit à une époque très-voisine de la mort, et l'écoulement de sang qui résulte de leurs piqûres est assez facile et assez abondant.

Le *sang* retiré par la saignée a été décrit avec soin par les auteurs. On le trouve noir, dépourvu en grande partie de sérum, et ordinairement semblable, comme on l'a dit, à de la gelée de groseille bien cuite. Dans un cas dont nous avons l'observation sous les yeux, il se couvrit d'une couenne épaisse, d'apparence gélatineuse, sans qu'aucune inflammation intercurrente soit venue, à l'autopsie, donner l'explication de ce phénomène.

La *coloration* qui se montre sur les différentes parties du corps tient évidemment à cet état de la circulation. Les malades ont d'abord les extrémités livides, bleuâtres ; puis la face présente la même couleur qui se remarque surtout autour

(1) *Archives générales de médecine*, février 1850.

des lèvres et au nez ; enfin le cou et la poitrine se teignent en bleu ou en violet, et quelquefois la coloration anormale est portée à un tel point, que tout le corps est d'une couleur foncée : c'est ce qu'on observait principalement dans un des cas que nous examinons, et où la couleur générale était d'un bleu de plombagine.

En même temps, la *température* du corps s'abaisse ; les extrémités supérieures qui sont fréquemment hors du lit, deviennent ordinairement froides les premières, ainsi que la face. Celle-ci se refroidit principalement vers les parties centrales. Plus tard, les extrémités inférieures participent au refroidissement. Enfin on observe, dans certains cas, un froid universel très-prononcé, et que nous voyons, dans une observation, désigné sous le nom de *froid glacial ;* quelquefois même, ainsi que l'a constaté Louis, la sensation de froid éprouvée par l'observateur était plus considérable que celle que l'on ressentait en plaçant la main sur la table de fer placée au chevet du lit du malade. Ce refroidissement suit la marche des symptômes : lorsque par des moyens quelconques, on est parvenu à arrêter les vomissements et la diarrhée, il n'est pas rare de voir la chaleur se reproduire momentanément, et quelquefois même s'élever au-dessus de l'état normal, pour faire de nouveau place au froid, quand les symptômes intestinaux se reproduisent. On a fait des *expériences thermométriques* sur cet abaissement de la température, et, ce qui ressort de plus important de ces expériences, c'est que parmi les cas où la température de la surface du corps est descendue au-dessous de 19 degrés Réaumur, il n'y a pas eu un seul exemple de guérison (1).

La *peau* présente, en outre, un phénomène remarquable, c'est la perte plus ou moins notable de son élasticité. Si l'on fait un pli sur une partie du corps, et principalement au cou, où le tissu cellulaire est lâche, on le voit s'effacer beaucoup plus lentement que dans l'état normal. Dans un cas même nous trouvons que la peau gardait l'empreinte des doigts, quoiqu'il n'y eût aucun signe d'œdème.

La *sensibilité cutanée* est parfois notablement affaiblie. C'est ainsi que, chez trois sujets nous trouvons que les pincements les plus forts ne déterminaient qu'un très-médiocre degré de douleur, ou même n'étaient pas sentis.

La peau ne présente pas ordinairement, comme on aurait dû s'y attendre après des évacuations séreuses si considérables, de sécheresse remarquable. Dans un certain nombre de cas, au contraire, on observe une *moiteur* ordinairement *froide*, parfois visqueuse, à la partie supérieure du tronc et sur les bras : c'est ce qui a été observé chez neuf des trente-six sujets dont nous donnons ici l'analyse, et ce qui n'est par conséquent pas aussi constant que quelques auteurs ont voulu le dire. On n'a jamais observé de *sueurs* très-abondantes dans la période dont il est ici question.

Quoique la sensation de froid perçue par le médecin soit considérable, les malades se plaignent rarement d'en éprouver une aussi forte. Dans dix-huit cas seulement, à une époque plus ou moins avancée, les malades se sont plaints du froid qu'ils éprouvaient ; mais ce froid n'a été général et intense que chez deux d'entre eux ; chez les autres il était borné aux pieds et aux mains, et excitait beaucoup moins de plaintes que la plupart des symptômes précédemment décrits. Les *frissons* ne se sont jamais continués dans le cours de la période algide.

(1) Voyez, à ce sujet, les expériences intéressantes de Henri Roger, *Comptes rendus des séances de la Soc. médic. des hôpitaux* (*Union médic.*, 1849), et celles de Briquet et Mignot (*loc. cit.*).

La *face* présente des altérations souvent effrayantes : c'est ainsi qu'à une époque assez avancée de cette période, on voit les joues se creuser, les traits s'effiler, les yeux s'excaver ; de telle sorte que dans quelques cas, du jour au lendemain, le sujet devient méconnaissable. Parfois on voit sur la face une expression de douleur violente ou de malaise qui coïncide avec la vivacité des crampes ou bien avec un abattement plus ou moins profond, signe d'une grande faiblesse générale.

L'*excavation des yeux*, dont nous venons de dire un mot, a lieu chez tous les sujets, et parfois à une époque très-rapprochée du début ou au début même. On a dit que cette excavation s'accompagné d'un état de *sécheresse remarquable de la conjonctive*, de *plissement* et de *perte de transparence de la cornée ;* mais les faits de ce genre ne sont pas, à beaucoup près, les plus communs, et l'on a eu tort de les donner comme l'expression de la règle générale.

Au commencement de cette période, les yeux restent humides, et parfois même ils deviennent larmoyants. Ils sont brillants, mais non injectés, comme dans la période de réaction. Ils ont parfois une expression de langueur qui coïncide avec un haut degré de faiblesse. Nous ne trouvons les *yeux ternes* que chez un seul sujet, peu de temps avant la mort. Quant aux autres particularités que peuvent offrir ces organes, il me suffira de dire que, dans un cas, les *paupières* étaient contractées au point qu'on avait de la peine à les ouvrir, et que dans deux autres il y avait une étroitesse assez marquée de la *pupille.*

Telle est, d'après des observations très-exactes, et non d'après une appréciation générale semblable à celles qui ont dicté la plupart des articles des auteurs, la description de cette période, la plus terrible sans aucun doute, et pendant laquelle ont péri le plus grand nombre des sujets, dans le cours des épidémies dont on nous a laissé l'histoire. Lorsque le malade doit succomber, on voit la circulation s'embarrasser de plus en plus, l'abattement, l'assoupissement, l'insensibilité faire des progrès, et la mort arriver sans aucune grande perturbation. C'est de ces derniers symptômes, remarquables par l'embarras de la circulation et de la respiration, qu'on a voulu faire une période particulière, sous le nom de *période asphyxique.*

3° *Période de réaction.* — Il ne faut pas croire que cette période de réaction fasse partie constituante essentielle du choléra : c'est cependant ce qu'on pourrait penser d'après la description tracée par les auteurs ; mais si l'on consulte les observations, on voit que, dans un bon nombre de cas, la période algide se termine par un retour graduel à l'état normal, sans qu'il y ait dans la manière dont les fonctions se relèvent rien qui paraisse dépasser les limites. Ainsi le pouls prend peu à peu de la largeur ; la chaleur normale revient d'abord au tronc, puis aux extrémités et à la face ; la respiration devient peu à peu plus facile, et bientôt le malade est complétement guéri. On ne saurait voir là aucune réaction, et comme, dans la majorité des cas, même au fort de l'épidémie, les choses se sont passées ainsi, on voit que cette période, très-importante à connaître néanmoins, n'est pas aussi inévitable qu'on a semblé le croire. En 1849, la réaction a été plus fréquente qu'en 1832.

On a divisé la réaction en un assez grand nombre d'espèces, suivant les symptômes prédominants qui la caractérisent : c'est ainsi que les rédacteurs de la *Gazette médicale* ont admis une *forme inflammatoire*, une *forme adynamique*, une *forme ataxique* et une *forme comateuse.* En analysant avec soin les faits, on voit que ce ne sont là que de simples nuances qui indiquent une plus ou moins

grande gravité des phénomènes, mais qui n'en changent nullement la nature.

Ce qui caractérise principalement cette période de réaction, c'est le retour de la circulation et de la chaleur. Le *pouls*, qui avait été si longtemps filiforme, prend, avec une plus ou moins grande rapidité, de l'ampleur et devient dur et plus fréquent. Si alors on saigne le malade, le sang coule avec facilité, et l'on trouve un *caillot* nageant dans une plus ou moins grande quantité de sérum, et d'autant mieux formé qu'on s'éloigne davantage du commencement de la période. Gendrin a remarqué que le caillot était peu ferme et brunâtre dans un certain nombre de cas où il surnageait; que la quantité de sérum était augmentée, et qu'il existait une couenne tantôt continue, tantôt sous forme d'îlots disséminés.

La *respiration* reprend de l'activité ; les inspirations sont plus complètes, et parfois leur nombre devient plus grand que dans la période algide.

La *chaleur* se reproduit, et devient considérable lorsque la réaction est vive. C'est alors qu'on voit apparaître des sueurs en plus ou moins grande abondance, sueurs que quelques auteurs ont regardées comme critiques, mais qui, en réalité, n'ont pas coïncidé avec une terminaison de la maladie plutôt qu'avec une autre.

Parfois il existe encore quelques *vomissements amers*, et beaucoup plus rarement quelques selles liquides; mais bien plus souvent on voit survenir une *constipation* qui peut durer pendant un assez grand nombre de jours. Les matières rendues reprennent complétement l'odeur fécale. On a aussi noté alors un certain degré de météorisme et l'expulsion de gaz intestinaux fétides.

Les *urines* reprennent leur cours, et lorsque le mouvement fébrile est intense, elles présentent les mêmes caractères que dans les fièvres violentes.

Le 10 avril 1849, Michel Lévy, dans une note lue à l'Académie de médecine (1), fit connaître la *présence de l'albumine dans les urines* des cholériques. Bientôt après, Rostan signala le même fait, qui a été depuis constaté par tous les médecins; seulement les uns ont toujours trouvé de l'albumine dans l'urine de tous les cholériques, et les autres dans une plus ou moins grande proportion de cas seulement. Martin Solon (2) a fait remarquer que cette différence venait des époques diverses auxquelles on a examiné les urines. Lorsque la réaction s'opère et que l'urine reparaît, ce liquide contient de l'albumine ; au bout d'environ quarante-huit heures, l'albumine disparaît et les urines deviennent aqueuses. Nous avons vu l'albumine en plus grande abondance et plus persistante chez deux phthisiques morts du choléra. Dans quelques cas, il y a une *rétention d'urine* de plus ou moins longue durée.

En même temps, la *coloration* générale change ; c'est alors qu'on voit la face devenir rouge, les yeux s'injecter, et qu'on observe un *larmoiement* plus ou moins abondant.

La *céphalalgie* est un des phénomènes les plus remarquables de cette période. Quelquefois portée à un très-haut degré, elle est constituée presque toujours par une douleur gravative générale, plus marquée à la région frontale.

Enfin un reste de *faiblesse*, un peu d'*insomnie* et d'*agitation* la nuit, complètent ces symptômes, qui ne sont, comme on le voit, que le résultat des efforts faits par l'organisme pour rendre aux diverses fonctions leur activité première.

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849, t. XIV, p. 671.
(2) Voy. *Séance de la Soc. méd. des hôpitaux* (*Union médicale*, 1849).

Il n'est pas très-rare de voir un certain degré de chaleur, un peu de céphalalgie se manifester dans le cours de la période algide, pour faire place ensuite à des symptômes semblables à ceux qui avaient précédé : c'est ce qu'on a nommé *réaction incomplète*, dénomination peu exacte, puisque nous avons vu dans d'autres cas les mêmes phénomènes, au même degré, être suivis d'une guérison parfaite.

Lorsque les symptômes fébriles vont jusqu'à occasionner du délire, de l'agitation, de l'insomnie, etc., on dit qu'il y a *réaction ataxique* ou *typhoïde*, surtout si l'on observe la *fuliginosité des dents* et la *sécheresse de la langue*, qui se montrent, en pareil cas, comme dans toutes les fièvres violentes ; ces détails n'ont pas d'importance pathologique réelle.

Après avoir duré un temps variable, ces symptômes se calment peu à peu, comme dans les fièvres ordinaires, ou bien faisant des progrès, ils entraînent les malades au tombeau ; c'est alors qu'on voit survenir les symptômes ataxiques mentionnés plus haut, les soubresauts des tendons, l'assoupissement, le coma, en un mot l'exagération des phénomènes morbides qui caractérisent cette période.

Dans un bon nombre de cas, on ne trouve, pour expliquer l'apparition de ces symptômes fébriles, rien que la violence de la réaction elle-même ; mais dans d'autres, il survient des *inflammations* qui peuvent être la principale cause du mouvement fébrile, ou qui du moins peuvent lui avoir donné la première impulsion. Ces inflammations ont ordinairement leur siége dans le parenchyme pulmonaire. Quelquefois elles se montrent dans les membranes cérébrales.

Parmi les observations que nous avons rassemblées, je vois également un certain degré de *bronchite*, une *angine* peu considérable, un *érysipèle* survenu autour de piqûres de sangsues, des *abcès* et des *ulcérations* sur les paupières, venir se joindre, comme cause de réaction, à celles qui existent naturellement dans la maladie. D'autres fois on a observé un *engorgement* plus ou moins considérable des *glandes parotides*, des *contractures* des membres, ou bien une *éruption* que, suivant les auteurs du *Compendium de médecine*, M. Cullerier a rattachée à la *roséole*. Dans la dernière épidémie, Briquet, Mignot, Leudet (de Rouen), ont observé des éruptions qui ne pouvaient pas se rapporter toutes à la roséole. Il peut, en effet, se produire à la surface de la peau, des efflorescences qui annoncent le surcroît d'activité de la circulation. Ces phénomènes n'ont qu'une importance secondaire.

On a remarqué aussi que les muscles, en revenant à leur état habituel, présentent parfois des contractions particulières, des espèces de palpitations, ce qui a fait donner par Magendie, à la réaction qui s'accompagne de ce léger symptôme, le nom de *réaction fibrillaire*.

Dans les observations que nous avons rassemblées, il s'est présenté un fait digne de remarque. La période de réaction, au lieu d'être caractérisée par des symptômes continus, s'est montrée sous une forme *intermittente* bien tranchée ; il y avait tous les jours un accès fébrile avec frisson initial, qui céda promptement au sulfate de quinine.

Peut-on regarder comme *complications* du choléra la *congestion pulmonaire*, les *pleuro-pneumonies*, les *bronchites*, qui surviennent dans le cours de cette maladie ? C'est ce qui paraît douteux, quand on considère que leur apparition est sous l'influence de symptômes généraux tout à fait propres au choléra, ce qui en fait plutôt de simples *lésions secondaires*. Quant à la *gastro-entérite*, aux *affections*

érébrales qui peuvent apparaître dans la période de réaction, elles sont des symptômes de cette réaction elle-même.

Mais le choléra survient fréquemment dans le cours d'une autre affection, et l'on a recherché quelle influence il avait sur la marche de la maladie primitive. Disons, malgré l'intérêt que présentent plusieurs observations publiées sur ce point par Duplay (1), que les faits sont trop insuffisants pour qu'on puisse encore en tirer des conclusions définitives.

Tel était l'état de la question quand a paru la première édition de cet ouvrage. Dans l'épidémie de 1849, on a fait les remarques suivantes : On a vu dans le cours du choléra, après les évacuations alvines abondantes, des hydropisies se dissiper. Quant aux maladies inflammatoires parenchymateuses, il ne paraît pas que les choses se passent de même. Nous avons cité des cas où des pneumonies ont persisté et fait des progrès malgré le choléra, et Gillette a vu l'hépatisation du poumon à l'autopsie de sujets pris du choléra dans le cours d'une pneumonie. Les maladies aiguës de la peau disparaissent, au contraire, et souvent pour reparaître ensuite : Alph. Devergie et Sandras (2) en ont rapporté des exemples remarquables.

Dans quelques cas rares, le contraire a paru avoir lieu, c'est-à-dire que l'apparition d'une maladie aiguë a paru faire cesser le choléra. C'est ce qu'a vu Léger (3) dans le cas suivant :

Un malade dans la période algide du choléra entra à l'hôpital ; le lendemain de son entrée, plus de choléra, mais des crachats rouillés et tous les phénomènes stéthoscopiques d'une pneumonie. Cette maladie marcha comme à l'ordinaire ; elle se dissipa, et au moment où la résolution était presque complète, le choléra revint et emporta le malade.

Martin-Solon (4) a vu un cas d'albuminurie guéri sous l'influence du choléra.

Il arrive assez souvent, après les épidémies de choléra, que les personnes conservent la plus grande frayeur de contracter cette maladie, quoique le danger soit passé. Parfois même il résulte de cette crainte un ensemble de symptômes nerveux qu'Axenfeld (5) a décrit, d'après Beau, sous le nom de *cholérophobie*.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* du choléra est ordinairement rapide, surtout au début des épidémies. Cette circonstance mérite d'être notée, car elle rapproche les épidémies du choléra de toutes les autres épidémies. N'oublions pas que le contraire a eu lieu dans l'épidémie de 1849. Les symptômes de cette maladie ont une marche continue, rarement interrompue par des améliorations passagères, surtout dans la période algide. L'apparition des évacuations abondantes en est presque toujours le premier signal, et bientôt après viennent les symptômes nerveux et les troubles de la respiration et de la circulation qui en sont la conséquence.

(1) *Archives générales de médecine*, 1re série, t. XXX, p. 29.
(2) Voyez la *discussion qui a eu lieu à ce sujet à la Soc. médic. des hôpitaux.*, séance du 22 sept. 1849, ou *Union médic.*, 2 et 20 octobre 1849.
(3) *Soc. méd. des hôpit. de Paris*, séances de juillet et août 1849, et *Archives de méd.*, janvier 1850.
(4) *Gazette des hôpitaux*, 1849.
(5) *Union médicale*, 22 novembre 1849.

Quant à la *durée*, nous trouvons à ce sujet des renseignements importants dans le *Rapport de la commission* (1). La durée varie le plus ordinairement entre quelques heures et un jour ou deux ; cependant il n'est pas très-rare de la voir se prolonger pendant quatre, cinq, huit et dix jours. Mais cette durée est subordonnée à l'époque de l'épidémie où les malades sont atteints : c'est ainsi qu'au début de l'épidémie et au commencement des *recrudescences*, elle est, en général, beaucoup plus courte.

On ne saurait admettre, avec Gendrin, que la maladie se termine toujours par des *crises* ou par des *métastases*. Il n'existe même pas de faits qui prouvent que les phénomènes auxquels on a donné le nom de *critiques* le méritent réellement. Quant aux métastases, le fait est moins bien prouvé encore, s'il est possible.

C'est, ainsi que nous l'avons dit plus haut, dans le cours de la période algide que la maladie se termine le plus fréquemment par la mort. Il n'est pas rare, après que les principaux symptômes se sont dissipés, de voir persister pendant un temps plus ou moins long des phénomènes variables et parfois très-incommodes. Ce sont tantôt des phénomènes nerveux, comme l'agitation, les rêvasseries la nuit, un certain degré d'insomnie, une préoccupation plus ou moins grande sur l'état de la santé ; d'autres fois, des troubles digestifs, la diminution de l'appétit, la constipation ; parfois des douleurs d'estomac, de véritables gastralgies, qui, d'après Barras, auraient été, ainsi que nous le dirons (article *Gastralgie*), infiniment plus fréquentes pendant le choléra. On a vu ces symptômes persister pendant un temps fort long, de telle sorte que, plusieurs mois après leur guérison, quelques malades n'avaient pas pu réussir à s'en débarrasser.

Il est arrivé quelquefois que des sujets, se croyant guéris, et ne conservant que de légers troubles intestinaux, ont repris trop tôt leurs habitudes, et ont eu une nouvelle attaque de choléra ; c'était alors une *rechute*. Mais on a vu aussi des sujets être repris de tous les symptômes après une guérison complète. Il y avait alors une véritable *récidive*. Les cas de ce genre ne sont pas fréquents.

§ V. — Lésions anatomiques.

L'*estomac* est rarement augmenté de volume d'une manière très-considérable ; cependant on l'a vu d'une capacité double et plus volumineux encore : c'est ce qui a été observé chez quatre sujets, sur trente-cinq dont nous avons entre les mains l'autopsie très-exacte. Il est également rare que cet organe ait diminué de volume. Il n'en était ainsi que chez trois sujets sur trente-cinq, et encore faut-il dire que c'était à une époque où les symptômes de réaction approchaient, et où par conséquent l'exhalation séreuse, à la surface de l'estomac, cessait d'être abondante ou même de se produire. Chez tous les autres sujets, l'estomac avait son volume ordinaire ou était un peu plus volumineux.

L'état de cet organe est en rapport avec l'abondance du liquide qu'il contient. Rarement il renferme des gaz en quantité considérable : le liquide trouvé dans son intérieur présente, suivant les sujets, quelques différences qui méritent d'être notées. Ordinairement vert ou vert jaunâtre, ou gris, il est parfois rouge ou couleur lie de vin, phénomène qui a été constaté par la plupart des auteurs, et qui

(1) *Rapport sur la marche et les effets du choléra-morbus dans Paris*. Paris, 1834, in-4.

est rencontré cinq fois chez les sujets dont j'ai l'observation sous les yeux. arfois ce liquide est louche, bien plus rarement il est incolore. Coulant chez la ajorité des sujets comme de l'eau, chez quelques-uns, au contraire, il est épais, e qui tient surtout à la présence d'une substance muqueuse dont il va être uestion.

Ordinairement peu abondant, le *mucus* se présente sous deux formes distinctes. 'antôt, en effet, on trouve simplement dans le liquide quelques flocons d'un vert lanchâtre, ou plus rarement grisâtre, et ressemblant à du riz cuit ; tantôt, avec ou n l'absence de ces flocons muqueux, on trouve une substance plus ou moins visueuse, ordinairement adhérente, d'une abondance médiocre, et qu'il est difficile ouvent de détacher de la muqueuse par des lavages répétés. Cette substance rend arfois très-onctueux le liquide contenu dans l'estomac, et quelquefois le fait resembler à du blanc d'œuf. Tout dépend de la quantité du liquide séreux et trouble ui existe en même temps dans l'estomac.

Dans un des cas que nous avons eus sous les yeux, le liquide se présentait avec n aspect très-remarquable, car on voyait à sa surface comme de petits globules de raisse liquéfiée, semblables à ce qu'on appelle des *yeux* sur le bouillon. Chez un utre sujet, il existait dans l'estomac une petite quantité de sang pur liquide, ce qui e paraît être autre chose que l'exagération de l'état dans lequel nous avons trouvé liquide rouge et lie de vin, le sang exhalé s'étant, dans ces derniers cas, mêlé à ne plus ou moins grande quantité d'une autre matière. Enfin, malgré l'abondance es vomissements, on a encore trouvé, quoique rarement, des aliments mal digérés u milieu du liquide stomacal.

Les expériences chimiques faites sur ce liquide ont démontré qu'il était fortement alcalin, et qu'il contenait une assez grande proportion d'albumine ; en un ot, qu'il renfermait les principaux éléments du sérum du sang (1). Nous avons u plus haut le résultat des expériences d'Alf. Becquerel.

Si maintenant nous examinons les parois de l'estomac, nous trouvons que ce u'il y a de plus remarquable, c'est la coloration. Rarement, en effet, on trouve la uqueuse avec sa couleur naturelle. Ordinairement rose livide ou pâle, ou bien lanc bleuâtre, soit dans toute son étendue, soit, ce qui est bien plus fréquent, dans n ou plusieurs points, elle est parfois jaune bistre, ou plus rarement elle a la ouleur de la pelure d'oignon. On voit que la principale coloration est la couleur osée ou livide. Dans les cas où le tissu sous-muqueux a été examiné, on y a trouvé cause de cette coloration dans une injection veineuse plus ou moins considérable, ndis que la muqueuse elle-même ne présentait pas de vaisseaux développés dans on épaisseur. On y voyait seulement, dans un nombre peu considérable de cas, un ointillé rouge médiocrement abondant.

Les altérations de cette membrane consistaient presque uniquement dans un ertain degré de ramollissement et dans un mamelonnement assez fréquent, dont uelques-unes de ses parties étaient le siége. Le ramollissement occupe presque oujours le grand cul-de-sac ; parfois il se montre peu étendu dans d'autres régions. a membrane peut être ramollie au point de s'enlever comme du mucus. Le siége

(1) Voy. Lassaigne, *Thèse*, Paris. — Hermann, *Med.-chir. Review*, 1832, etc.

de ce ramollissement et l'absence de toute autre lésion concomitante ne permettent pas de le rapporter à une inflammation véritable.

On a encore, dans quelques cas, trouvé, dans la muqueuse stomacale, quelques petits points saillants, blanchâtres, assez semblables à ceux que nous retrouverons dans l'intestin et dans l'œsophage. Une seule fois un épaississement un peu remarquable de la muqueuse a été noté dans les observations que nous analysons.

L'intestin grêle présente ordinairement un volume un peu augmenté, surtout dans les points où existe la plus grande accumulation de liquide, c'est-à-dire à la partie inférieure de l'iléon. Il est rare que cette augmentation de volume soit due au développement d'une notable quantité de gaz. Aussi l'intestin n'a-t-il été presque jamais doublé de volume. Dalmas a indiqué une certaine sensation produite par le contact des intestins, sensation telle, que l'on croit toucher un corps pâteux ; mais ce caractère n'existe pas, à beaucoup près, dans tous les cas.

A l'extérieur, l'intestin paraît, dans le plus grand nombre des cas, fortement coloré ; il l'est surtout vers l'iléon, et nous verrons tout à l'heure que cette coloration tient à l'injection plus ou moins abondante de ses parois.

Dans son intérieur, il renferme un liquide qui est, comme celui de l'estomac, composé de deux parties distinctes, et qui, dans le plus grand nombre des cas, n'est pas, à beaucoup près, le même, suivant qu'on l'examine à la partie supérieure, moyenne ou inférieure de l'intestin. Dans la partie supérieure, le liquide, considéré d'une manière générale, est fréquemment gris, jaune, jaune verdâtre ou blanc ; quelquefois il est rosé, parfois un peu rouge, presque jamais livide. Dans la deuxième partie, il devient fréquemment livide, prend une teinte lilas, parfois même il a une couleur bleuâtre ; et enfin, dans la troisième partie, il est encore plus fréquemment livide, ou de couleur lilas ; on l'a vu prendre une couleur chocolat, ce qui a été noté dans une des observations que nous avons sous les yeux.

Dans la première partie, il est ordinairement épais, d'apparence laiteuse, et même quand il a un assez grand degré de fluidité, il n'est jamais coulant comme de l'eau. Dans la deuxième partie, au contraire, tout en conservant son aspect trouble et les colorations qui ont été signalées plus haut, la matière devient beaucoup plus liquide, et déjà, dans quelques cas, on l'a trouvée coulante comme de l'eau. Enfin, dans les dernières parties de l'intestin, cette matière est remarquable, dans la majorité des cas, par sa fluidité, et quelquefois même elle prend une transparence qu'elle n'avait pas dans la première partie.

La matière muqueuse participe aux diverses colorations du liquide. Parfois la couleur bleuâtre qu'elle présente est très-remarquable ; parfois aussi elle a une teinte lilas, rosée ou rouge, qui lui donne un aspect particulier. Comme le liquide dans lequel il est contenu, le mucus perd également, du moins dans la plupart des cas, sa densité, à mesure qu'on approche de la fin de l'intestin grêle : c'est ainsi qu'on l'a vu devenir coulant comme du petit-lait. Outre celui que l'on rencontre à l'état libre dans le liquide intestinal, il n'est pas rare d'en trouver une couche plus ou moins adhérente à la surface de la muqueuse : c'est ce qui avait lieu, en effet, chez plus de la moitié des sujets chez lesquels on l'a recherché. Chez un d'eux, il y avait cela de remarquable qu'un grand nombre de filets muqueux étaient rassemblés en masse et ressemblaient à un paquet de mousse.

Des parcelles muqueuses plus ou moins abondantes et tenues en suspension dans liquide intestinal participent le plus souvent aux diverses colorations indiquées us haut. Elles sont ordinairement semblables à du riz bien cuit et écrasé. C'est tte même matière dont nous avons signalé l'existence dans les selles pendant la e. Parfois aussi leur aspect est tout à fait floconneux. Dans un cas, le mucus rmait à la surface de l'intestin une espèce de pseudo-membrane ; et dans un tre, il se détachait en filaments qui flottaient dans l'eau et avaient l'aspect un *chevelu*.

Enfin, dans quelques cas, on a trouvé des particularités remarquables. Ainsi chez n sujet le liquide épais et blanc était tellement mêlé de bulles d'air, qu'il ressemblait des œufs à la neige ; mais les particularités de cette espèce n'ont pas une très-rande importance. Quelquefois aussi on a constaté la présence de vers lombrics.

Dans un bon nombre de cas, la paroi interne de l'intestin a, dans les diverses rties, une coloration correspondante à celle des liquides contenus dans cet gane. Aussi est-ce dans la dernière partie qu'elle est le plus souvent livide, rouge, ssée, noirâtre. Parfois cependant on observe une coloration uniforme dans toute étendue de l'intestin, bien que la couleur du liquide change. C'est ainsi que chez eux sujets il y avait une couleur bleuâtre partout, et que chez d'autres la face terne était pâle ou blanche dans les trois parties indiquées plus haut. La colora-on noire ne s'est montrée qu'une fois sur trente-cinq cas, et à la partie inférieure e l'intestin seulement. Quant à la couleur rouge uniforme, elle n'a pas été plus équente.

Dans les cas que nous avons eus sous les yeux, la coloration était due à l'injection u tissu sous-muqueux, et à un certain degré d'imbibition occasionné par le sang ui avait transsudé. Si, en effet, on examinait le tissu sous-muqueux, on y trou-ait une injection parfois uniforme, mais en général d'autant plus considérable u'on se rapprochait davantage du cæcum. Cette injection, qui présentait, pour la ouleur, les principales nuances indiquées plus haut, c'est-à-dire le rose livide, le vide, le noirâtre, était portée quelquefois au point qu'il y avait une véritable infil-ation, d'où résultaient des ecchymoses manifestes et parfois un commencement e destruction du tissu sous-muqueux.

La membrane muqueuse se présente presque toujours avec sa consistance nor-ale. Deux fois seulement sur trente-cinq, nous la trouvons un peu ramollie dans ne petite étendue. Parfois aussi elle présente un certain degré d'épaississement. et épaississement se montre en général en rapport avec la dilatation de l'intestin ar les liquides ; c'est ce qui a lieu, en effet, huit fois sur onze cas dans lesquels ette altération a été bien constatée, et dans ces cas l'épaississement correspondait récisément aux points les plus dilatés. Est-ce à cette dilatation qu'il faut attribuer épaississement de la muqueuse ? La courte durée de la maladie pourra faire enser, au premier abord, que la chose n'est pas possible ; mais l'expérience a rouvé qu'il faut très-peu de temps pour que les organes creux, distendus soit ar des liquides, soit par des gaz, présentent un épaississement plus ou moins arqué de leurs parois. On doit plutôt croire que dans les cas où l'on n'a pas ouvé de coïncidence entre l'épaississement et la dilatation, l'intestin s'étant vidé ers la fin de la maladie, il est resté un peu d'hypertrophie de la muqueuse qui 'a pas eu le temps de se dissiper.

On a beaucoup parlé des follicules isolés qui se montrent fréquemment dans cette affection; mais nous attendrons, pour les mentionner, d'avoir décrit le gros intestin où on les rencontre également.

Enfin on a noté l'existence d'ulcérations, mais on en a rarement constaté la présence. Ces ulcérations n'ont pas d'importance réelle. Dans deux cas dont nous avons les observations sous les yeux, elles se sont montrées en dehors des plaques de Peyer, et sans caractères particuliers. Chez un sujet, la présence de tubercules dans les poumons a été bien constatée et a rendu compte de cette altération; et chez l'autre, l'état des poumons n'a malheureusement pas été mentionné.

Les plaques de Peyer n'ont, dans aucun cas, présenté de véritable altération. Tranchant ordinairement, par leur couleur blanche ou grisâtre, sur le fond coloré de l'intestin, elles conservent leur consistance, et bien rarement elles présentent une très-légère saillie qui est sans importance.

Comme l'intestin grêle, le gros intestin présente des différences, suivant qu'on l'examine dans sa première, sa deuxième ou sa troisième partie. Plus souvent augmenté de volume que le petit intestin, il contient aussi un peu plus souvent des gaz accumulés. Ces gaz s'y montrent surtout lorsqu'un commencement de réaction a eu lieu, et Magendie a trouvé dans leur présence un signe démontrant que la maladie tendait à s'améliorer. Le volume du gros intestin peut être doublé et même triplé. C'est surtout quand il y a eu du météorisme pendant la vie, et qu'il existe des gaz accumulés après la mort qu'on observe cette dernière augmentation de volume.

Le liquide contenu dans le gros intestin est ordinairement un peu plus épais que celui de l'intestin grêle; dans un cas cependant le contraire a eu lieu. Le plus souvent coulant presque comme de l'eau, il reste à peu près tel dans toute l'étendue de l'organe. Il est ordinairement trouble, parfois louche, laiteux, grisâtre, et ces colorations se rencontrent principalement dans le premier tiers. Dans le second tiers, il devient, dans un bon nombre de cas, lilas, rosé, livide, lie de vin, parfois verdâtre, et même de couleur chocolat, et enfin, vers le rectum, ces dernières colorations sont plus fréquentes encore. Tantôt on voit la coloration lie de vin, lilas, etc., se montrer partout, tantôt certaines parties seulement présentent les nuances que nous venons d'indiquer.

La matière muqueuse décrite à propos de l'intestin grêle se montre moins fréquemment dans le gros intestin. Cependant on trouve assez souvent encore des flocons muqueux, des parcelles semblables à du riz écrasé nageant dans le liquide. Chez un sujet même, il y avait une petite quantité de matière épaisse, d'aspect purulent, qui était très-remarquable, car on ne trouvait à ce niveau aucun signe d'inflammation de la muqueuse.

Celle-ci, plus souvent ramollie que celle de l'intestin grêle, l'était surtout dans le premier et dans le second tiers de l'intestin. Tantôt généralement rosée, livide, grise, d'un blanc grisâtre, lilas, violacée, etc., elle était surtout remarquable par les taches qui s'y montraient fréquemment, et qui étaient rouges, violacées, bleuâtres, ressemblant à des ecchymoses, ou d'autres fois comme panachées et ayant l'aspect d'une arborisation assez riche. Dans un cas, ces taches étaient vertes, et dans un autre elles étaient brunâtres. A leur niveau, la muqueuse était fortement ramollie, et il y avait une odeur gangreneuse fortement prononcée. Des altérations du même genre ont été signalées par quelques auteurs.

C'est surtout dans le gros intestin qu'on peut voir facilement que la coloration due à l'état du tissu sous-muqueux, et non à la muqueuse elle-même. Dans les s, en effet, où l'on trouve une teinte rouge ou livide générale, il existe aussi une jection générale du tissu sous-muqueux. Dans le tissu sous-muqueux, au conire, où il y a des taches semblables à des ecchymoses, on trouve des plaques nfiltration sanguine correspondantes, et l'existence d'une véritable ecchymose us-muqueuse se trouve par là constatée. Dans quelques cas, le tissu sousuqueux est tellement infiltré, qu'il a perdu sa cohésion, et que la membrane uqueuse se détache avec plus de facilité.

Nous avons dit plus haut que nous parlerions des glandes de Brunner après avoir t la description du gros intestin. C'est dans l'intestin grêle qu'on les trouve prinpalement, et la première remarque à faire, c'est que, dans les observations dont donne l'analyse, jamais les glandes de Brunner ne se sont montrées dans le gros testin sans qu'il y en eût un nombre plus ou moins considérable dans le petit. ns quelques cas, ces follicules sont extrêmement abondants et presque confluents ns toute l'étendue des deux intestins. Dans les autres, au contraire, ils se monnt en plus ou moins grande abondance, suivant qu'on examine telle ou telle rtie. En général, plus nombreux et plus gros vers la fin de l'iléon et dans le cum, ils diminuent de grosseur et de nombre à mesure qu'on s'éloigne de ces ux points. Leur volume varie généralement entre celui d'un grain de semoule et un grain de millet ; parfois cependant on les trouve plus gros. C'est ainsi que, ns quelques cas rares, ils ont jusqu'à une ligne et une ligne et demie de diaètre.

Suivant Dalmas, ces follicules, ainsi développés, ne se montreraient que deux s sur cinq. Dans les observations que nous avons sous les yeux, leur présence a notée bien plus souvent, puisqu'elle a été constatée vingt-neuf fois sur trenteatre cas où on les a recherchés. Mais leur absence dans cinq cas n'en est pas oins une raison suffisante pour qu'on ne regarde pas, avec Nonat, Serres et zalas (1), cette éruption comme lésion essentielle du choléra. La présence de ces licules n'a été constatée que dix fois dans le gros intestin.

L'œsophage ne présente guère autre chose de notable que le développement, dans petit nombre de cas, de quelques follicules muqueux, qui sont en général du lume d'une tête d'épingle, et qui se montrent principalement à la partie inféure de ce conduit. Dans un cas, cependant, toute l'étendue de la muqueuse ophagienne présentait un degré de ramollissement marqué.

Les glandes mésentériques n'ont rien offert de bien remarquable. Un peu volumeuses dans un petit nombre de cas, ayant parfois une couleur qui variait du se au livide ou au bleuâtre, elles se sont d'ailleurs toujours montrées avec leur nsistance ordinaire, et n'ont jamais été le siége de véritables altérations de ucture.

Le foie n'a rien non plus de digne de remarque. Offrant un certain degré de ngestion dans un peu plus de la moitié des cas, rarement un peu ramolli, il était illeurs sain sous tous les autres rapports. Quant à la vésicule biliaire, elle connt ordinairement un liquide assez abondant, médiocrement épais, d'une couleur

(1) *Moniteur des hôpitaux*, mars et avril 1853.

qui varie du jaune trouble au vert foncé, et qui a tous les caractères de la bile. Dans un cas, cependant, on trouva dans la vésicule une matière glaireuse semblable au mucus intestinal dont il a déjà été question, matière dont la présence doit être mentionnée ; elle a été également signalée par quelques auteurs, notamment Bouillaud, qui a vu dans ces mucosités, existant dans un grand nombre d'organes chez les cholériques, quelque chose de spécifique. Quant à la muqueuse de la vésicule, sauf un certain degré de lividité, elle n'a rien présenté de remarquable.

Dans la rate et le pancréas il n'existait pas de lésions plus dignes de remarque. Parfois un peu de congestion, surtout dans la rate, et un certain degré de ramollissement, telles sont les seules altérations légères que nous ayons à constater.

Nous en dirons autant des reins, qui ont toujours conservé leur consistance naturelle et qui n'ont présenté qu'un certain degré d'injection. Cependant, dans quelques cas, on a trouvé dans les calices et les bassinets cette matière muqueuse dont nous avons déjà signalé l'existence dans l'estomac et dans les intestins.

Mais la vessie présente des altérations très-importantes. Ordinairement très-rétractée, elle n'a guère son volume ordinaire que dans les cas où les sujets sont morts pendant la période de réaction. Dans les autres, son volume ne dépasse pas ordinairement celui d'une poire moyenne, et l'on trouve dans son intérieur, au lieu d'urine, une matière épaisse, blanchâtre, louche, d'apparence huileuse ou crémeuse, ressemblant parfois à un sirop d'orgeat, matière qui n'est évidemment autre chose que du mucus plus ou moins altéré. Dans les cas, au contraire, où la vessie a conservé son volume ordinaire, on y trouve une plus ou moins grande quantité d'urine qui ne présente rien de remarquable. Quant aux parois de cet organe, dans aucun cas on ne les a trouvées véritablement altérées.

C'est surtout à l'état de plénitude du système veineux qu'on doit les congestions que nous avons vues donner à l'intestin des colorations si remarquables, et que nous retrouverons dans d'autres organes, notamment dans les centres nerveux. Dans quelque point des voies circulatoires qu'on l'examine, le sang se présente avec les mêmes caractères ; il est toujours noir, liquide, présentant seulement une plus ou moins grande quantité de petits caillots noirs et mous. Dans un bon nombre de cas cependant (quatorze sur trente-cinq), on trouve quelques caillots fibrineux, mais ordinairement peu considérables, peu consistants et nullement comparables à ceux qui existent dans les phlegmasies avec violent mouvement fébrile. Ces caillots s'observent le plus souvent dans les deux ventricules à la fois, et se prolongent d'une part dans l'aorte et de l'autre dans l'artère pulmonaire. Rayer a constaté que le sang des cholériques, exposé à l'air, s'oxygénait plus difficilement que celui des autres malades, ce qui tiendrait à l'absence des substances salines, qui favorisent, comme on le sait, l'oxygénation. Des observations microscopiques ont été faites sur ce liquide. Hermann a cru voir les globules déchirés à leur surface. Donné, tout en leur trouvant le même aspect que dans l'état sain, leur a reconnu un degré de viscosité plus marqué qui les empêche de glisser avec facilité dans le liquide où ils nagent. Enfin Capitaine leur a trouvé tous les caractères de l'état normal. Nous n'insisterons donc pas sur ce point. Quant à la composition chimique de ce liquide, qui a beaucoup occupé les médecins et les chimistes, il suffit de dire que la diminution de l'albumine, de la fibrine, des parties constituantes du sérum

et l'augmentation notable de la matière colorante, sont les principaux caractères qu'il a présentés (1).

L'état du cœur n'a rien offert qu'on puisse rapporter au choléra; ses lésions étaient toutes dues à des maladies antérieures. Le péricarde a été trouvé également sain, et contenant assez souvent (huit fois) une quantité de sérosité qui variait de quelques gouttes à 60 grammes. Une seule fois sa surface présentait une légère viscosité, phénomène dont il va être question à propos des plèvres.

J. Brown dit avoir vu les poumons toujours remplis de sang noir, hépatisés ou splénisés. D'autres médecins ont avancé que les poumons, d'un rouge vif remarquable, mollasses, peu crépitants, ne présentent qu'une très-médiocre quantité de sang. Ces assertions sont inexactes ou du moins exagérées. Dans les trente-cinq cas que nous avons examinés, un engouement vers les parties déclives s'est montré seize fois; une véritable hépatisation, caractérisée par la densité, la lourdeur, la coupe grenue de la partie affectée, a existé huit fois, et une splénisation deux fois. Quant à l'aspect rouge vif et aux autres caractères que nous avons indiqués, ils ne se sont montrés que dans cinq cas, dans deux desquels ils n'existaient que dans un point limité des poumons, les autres étant plus ou moins engoués, hépatisés ou splénisés.

Les plèvres, ordinairement humides et sans sérosité accumulée, offrent parfois une viscosité remarquable. Si l'on applique le doigt à leur surface, on enlève, en le retirant, une substance filante comme la glu.

Le larynx n'a rien présenté de remarquable, si ce n'est dans un cas où l'épiglotte était comme racornie, et dans un autre où cinq ou six taches blanchâtres occupaient cet opercule.

La trachée offrait chez le même sujet des taches semblables, et de plus, chez un petit nombre d'autres, la muqueuse était un peu violacée. Bouillaud a trouvé dans les bronches, chez un sujet, une petite quantité de matière muqueuse semblable à celle que nous avons signalée déjà dans plusieurs autres organes.

L'encéphale a été examiné avec un très-grand soin dans tous les cas dont nous donnons l'analyse. Chez plus de la moitié des sujets, on trouve à la surface de la dure-mère une assez grande abondance de sang qui indique une injection considérable des vaisseaux déchirés dans l'ablation du crâne. Chez presque tous les autres, on trouve également du sang, mais en médiocre quantité, quoiqu'il soit plus abondant que dans l'état normal.

Rarement on rencontre dans la grande cavité de l'arachnoïde une quantité notable de sérosité; c'est cependant ce qui a eu lieu dans deux cas. Mais, au contraire, il est très-rare de ne pas trouver une infiltration sous-arachnoïdienne très-considérable, et particulièrement abondante le long des sinus longitudinaux. Dans quatre cas seulement, cette infiltration a manqué.

Presque toujours les ventricules cérébraux contiennent de la sérosité, ordinairement claire, parfois légèrement louche, et dont la quantité varie entre une demi-cuillerée à café, et 60 grammes au plus.

La pie-mère est, dans un bon nombre de cas, remarquable par l'injection de ses vaisseaux.

La substance cérébrale elle-même ne présentait guère autre chose de remarquable que les diverses altérations de coloration de ses différentes parties : c'est

(1) Voyez toutefois, à ce sujet, les observations d'Andral, citées plus haut.

ainsi que la substance grise a été généralement trouvée livide, de couleur lilas, d'un gris plus foncé qu'à l'état normal, et, dans deux cas, rose ou rougeâtre. Les corps striés présentaient ces mêmes nuances de coloration, et dans une proportion égale de cas. Presque toujours, cette coloration était uniforme et occupait toute l'étendue de cette substance grise, ce qui ôte entièrement l'idée de l'inflammation. Quant à la substance blanche, ce qu'elle présentait de remarquable, c'étaient des marbrures lilas, irrégulièrement distribuées, et parfois un pointillé rouge assez abondant. La protubérance, ainsi que diverses parties du cervelet, offrait également, dans quelques cas, un certain degré de lividité. Tous ces organes avaient, dans l'immense majorité des cas, leur apparence normale sous tous les autres rapports. Ces colorations diverses n'étaient dues à autre chose qu'à une injection veineuse plus ou moins abondante. Quant à la moelle épinière, dans les cas où elle a été examinée, on l'a trouvée entièrement saine. Baron, cité par Rochoux, dit avoir trouvé, chez les enfants, la moelle plus ferme que dans l'état normal ; mais ce fait n'a été vérifié par aucun des auteurs qui ont fait des recherches sur ce point, et Rufz, en particulier, n'a rien vu de semblable.

On a cru trouver, et c'est Delpech qui a défendu particulièrement cette opinion, la cause du choléra dans une lésion du ganglion semi-lunaire ; mais ce ganglion, examiné avec soin dans tous les cas, s'est toujours montré avec sa grosseur, sa forme, sa consistance ordinaires, et tout ce qu'on y a remarqué, c'est, chez un grand nombre de sujets, une couleur livide ou rosée, soit générale, soit disposée par stries plus ou moins nombreuses. Le nerf pneumogastrique et les ganglions cervicaux n'ont pas présenté d'altération plus importante ; c'est encore là, comme on le voit, le simple résultat de l'injection.

Enfin l'habitude extérieure et les muscles méritent une mention. L'amaigrissement des malades n'a pas été, dans la plus grande majorité des cas, aussi considérable qu'on l'a dit. La roideur cadavérique était, en général, très-considérable, et se prolongeait assez longtemps après la mort, puisqu'on l'a trouvée telle vingt-cinq heures après. Dans des autopsies faites sept heures après la mort, elle était déjà extrême. Des lividités qui se montraient principalement sur les cuisses et sur la face ne présentaient rien de bien remarquable. Ce qui l'était beaucoup plus, dans certains cas où l'autopsie a pu être faite peu d'heures après la mort, c'était le retour d'un certain degré de chaleur ; de telle sorte que sept, huit ou dix heures après avoir succombé, des sujets présentaient à la face et aux mains une chaleur notablement plus élevée qu'à l'heure de la mort. Ce fait a été constaté un assez grand nombre de fois par les divers médecins qui ont fait des recherches sur le choléra.

Quant aux muscles, on a dit que dans le choléra ils étaient poisseux, noirs, faciles à déchirer. Dans les observations que nous avons sous les yeux, et dans lesquelles les muscles ont été toujours examinés avec soin, on n'a rien trouvé de semblable. Il est plus que probable qu'on a pris pour la règle ce qui n'était que l'exception.

Barlow, médecin de l'hôpital de Westminster (1), a vu sur un grand nombre de sujets qui ont succombé au choléra, des contractions ordinairement fibrillaires des muscles survenir un certain temps après la mort. Quelquefois les muscles tout entiers se contractent, et, dans un petit nombre de cas, il y a des mouvements assez étendus des membres et de la face. Déjà Elliotson avait cité des faits sem-

(1) Voy. *Union médicale*, 15 novembre 1849.

blables, qui n'étaient pas inconnus à quelques médecins qui ont observé le choléra dans l'Inde, et Briquet et Mignot ont constaté l'exactitude de ces observations sur plusieurs cadavres.

Si maintenant nous jetons un coup d'œil sur les altérations que nous venons de passer en revue, nous voyons que les plus importantes sont sans contredit : 1° cette injection générale des veines qui donne lieu aux diverses colorations observées dans presque tous les organes; 2° le liquide particulier trouvé dans les intestins; 3° le mucus, altéré ou non, qu'on rencontrait dans les diverses cavités tapissées par une muqueuse : mucus sur lequel M. Bouillaud a particulièrement insisté; et 4° le développement des follicules de Brunner, qui n'a cependant pas toute l'importance qu'on a voulu lui donner. Voilà tout ce qu'on trouve pour expliquer les symptômes si violents du choléra épidémique. Peut-on, avec de pareilles lésions, arriver à la connaissance de la nature de la maladie? Évidemment non; et c'est pourquoi nous laisserons de côté toutes les hypothèses qu'on a émises à ce sujet.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le choléra indien se distingue du *choléra sporadique* aux signes suivants : Dans le premier, les vomissements deviennent presque immédiatement caractéristiques, c'est-à-dire qu'ils sont composés du liquide que nous avons décrit plus haut. Des selles de même nature ne tardent pas à se montrer; puis survient la coloration bleue qui rend l'erreur impossible. Nous verrons dans la description du choléra sporadique que les vomissements sont d'abord composés de matières alimentaires, puis âcres et bilieuses, que les selles présentent les mêmes caractères, et que la face devient pâle ou verdâtre, mais non bleue, comme dans le choléra indien. Les autres symptômes sont communs aux deux maladies; mais dans le choléra asiatique ils sont en général bien plus violents. Les crampes, en particulier, sont plus fortes et plus persistantes, et la suppression d'urine plus complète.

Quant aux *empoisonnements*, on sait que, dans presque tous les pays, on a cru d'abord que la maladie était causée par l'ingestion d'agents toxiques; mais partout cette croyance, née de l'ignorance et de la peur, a été bientôt abandonnée. Dans les empoisonnements violents, les vomissements et les selles n'ont jamais l'aspect caractéristique de ceux du choléra : c'est la douleur gastro-intestinale qui prédomine; elle est ordinairement assez vive, tandis que dans le choléra indien nous avons vu les malades se plaindre presque exclusivement des crampes. Enfin la coloration bleuâtre lève tous les doutes.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du choléra-morbus épidémique et du choléra-morbus sporadique.*

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.	CHOLÉRA SPORADIQUE.
Vomissements composés d'un liquide trouble floconneux.	*Vomissements* d'abord alimentaires, puis bilieux.
Selles semblables à une *forte décoction de riz* avec des fragments ressemblant à du riz écrasé en suspension.	*Selles* présentant les mêmes caractères.
Couleur bleue de la peau.	*Pâleur* ou *couleur jaune verdâtre* de la face.
Les autres *symptômes* plus violents et plus persistants.	Les autres *symptômes* généralement moins violents.

2° *Signes distinctifs du choléra-morbus épidémique et des empoisonnements violents.*

CHOLÉRA ÉPIDÉMIQUE.	EMPOISONNEMENTS.
Vomissements et *selles* caractéristiques.	*Vomissements* alimentaires bilieux et *selles* bilieuses ou âcres.
Douleur principalement causée par les *crampes*.	*Douleur* causée principalement par l'*inflammation gastro-intestinale*.
Cyanose.	Pas de *cyanose*.

Pronostic. — C'est une des affections les plus graves; même dans les cas qui s'annoncent d'abord par des symptômes peu violents, on doit redouter une terminaison funeste. C'est au commencement des épidémies et des recrudescences que cette terminaison est généralement le plus à craindre. Il ne faut pas toutefois accorder à cette règle une trop grande valeur. L'épidémie de 1849 est venue, sous ce rapport, confondre toutes les prévisions de la science. De ce que la maladie a été bénigne d'abord, et que cette bénignité s'est prolongée longtemps, beaucoup de médecins, imbus de cette opinion que la plus grande violence d'une épidémie a lieu à son début, ont cru pouvoir déduire que celle de 1849 ne serait pas grave. L'événement a prouvé combien ce pronostic était erroné, et a donné un cruel démenti à une des lois les plus généralement admises en pathologie.

La gravité de la maladie est grande surtout dans le cours de la période algide; et si, dans cette période, le pouls devient insensible, si les selles sont involontaires, s'il y a un assoupissement profond avec immobilité complète, si la peau n'est plus sensible aux pincements, on doit s'attendre à une mort prochaine. Dans la période de réaction, qui se termine le plus souvent par la guérison, l'extrême violence des symptômes annonce seule une grande gravité de la maladie. Telle était, du moins, la conclusion qu'on pouvait tirer de ce qui s'était passé dans la première épidémie. Mais la seconde a prouvé qu'il fallait modifier un peu ces propositions; car la proportion de la mortalité, dans cette période de réaction, a été bien plus considérable qu'en 1832. Ainsi, ne nous hâtons jamais d'établir des lois quand il s'agit d'épidémies.

Quant à la gravité de la maladie suivant l'âge du sujet, le docteur Duchesne (1) nous a fourni sur ce point des renseignements intéressants. Voici les faits qu'il a relevés :

Sur 154 décès parmi des enfants	de 0 à 15 ans,
115 ont eu lieu	de 0 à 5 ans;
dont 83	de 1 à 5 ans.

Autrement dit, la première enfance (1 à 5 ans) a compté 148 décès sur 1000 individus; la seconde (5 à 15 ans) n'en a compté que 50 sur 1000; mais à partir de 15 ans, le chiffre de la mortalité s'élève graduellement.

De 15 à 30 ans M. Duchesne a noté	177	morts sur 1000.
30 à 45	254	—
45 à 60	206	—
60 à 85 il n'y a plus que	162	—

(1) *Histoire statistique du choléra-morbus dans le XIe arrondissement, épidémie de* 1849. Paris, 1851.

D'après ces faits, ce serait dans l'âge adulte qu'en définitive se trouverait la plus grande gravité de cette affection.

§ VII. — Traitement.

TRAITEMENT DE LA PÉRIODE ALGIDE.

Émissions sanguines. — Les émissions sanguines ont été recommandées par un grand nombre d'auteurs et dans toutes les périodes du choléra. Parfois on a mis en usage la *saignée générale*. Parmi ceux qui l'ont le plus vantée, nous trouvons Blumenthal (1), Cafarelli, Fallot, Récamier (2), Kerckhove (3), et principalement Broussais, qui cependant avait bien plus souvent encore recours à l'application des sangsues. D'après les faits connus, on peut assurer que, dans la période algide, ce moyen n'avait pas de résultats heureux bien constatés. Dans la période de réaction, au contraire, on l'a vu enlever avec promptitude la céphalalgie, ramener le calme, produire, en un mot, une amélioration notable. Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi des *sangsues*, qui cependant ont été bien plus vivement préconisées. Déjà Gravier (4) avait dit avoir obtenu de très-bons résultats de leur application, lorsque ce moyen fut conseillé vivement, dans l'épidémie de 1832, par Broussais, Honoré, Bouillaud, Gendrin, etc. C'est surtout pour faire cesser les douleurs vives à la région épigastrique qu'on les a mises en usage, et quelquefois, en effet, on y a réussi ; mais on n'a pas vu ce moyen arrêter réellement la marche de la maladie, au moins dans la période algide. Dans la période de réaction, au contraire, l'amélioration a été la même que celle qui a suivi l'emploi de la saignée. Les ventouses scarifiées, qui n'ont pas été ordinairement employées en France dans cette maladie, auraient sans doute le même résultat.

1° Médication interne.

Excitants internes. — Parmi les excitants donnés à l'intérieur, nous trouvons d'abord les *alcooliques*. C'est surtout Magendie qui, en France, a préconisé, dans les premiers temps de l'épidémie de 1832, les spiritueux. Mais un grand nombre d'autres médecins les ont également employés. Dans la période algide, Magendie prescrivait d'abord plusieurs verres de *punch à l'alcool*, à une température aussi élevée que le malade pouvait le supporter ; puis, dans la journée, il administrait par cuillerées, et à des intervalles assez rapprochés, du *vin chaud* avec quelques aromates, du vin de Malaga, etc. Plus tard, ce médecin a remplacé les alcooliques par d'autres excitants dont il sera fait mention plus loin. Le vin de Malaga et d'autres vins de ce genre, ont été surtout prescrits par les autres praticiens.

La *préparation ammoniacale* prescrite par Magendie était ainsi formulée :

℞ Infusion de camomille....	2 kilogr.	Sucre........	500 gram.
Acétate d'ammoniaque...	60 gram.		

(1) *Rust Mag.*, 1831.
(2) *Gazette médicale*, août et octobre 1831.
(3) *Cons. sur la nat. et le traitem. du choléra*. Anvers, 1833.
(4) *Ann. de la méd. physiologique*, 1827.

Andral faisait entrer l'acétate d'ammoniaque dans la potion suivante :

℞ Potion gommeuse	120	gram.	Éther sulfurique	20	gouttes.
Acétate d'ammoniaque	4	gram.	Camphre	1	gram.
Sulfate de quinine	75	centigr.			

Le *carbonate d'ammoniaque* a été également mis en usage. Baum recommandait de le donner à la dose de 0gr,25 à 0gr,40 toutes les deux heures. Eisenmann avait adopté ce traitement (1).

L'*ammoniaque caustique* et la *liqueur d'ammoniaque anisée* dont voici la composition :

Alcool ammoniacal	90 gram.	Huile essentielle d'anis	6 gram.

ont été également administrées. Steffen (2) recommandait de donner l'ammoniaque à la dose de 15 à 20 gouttes dans une décoction de gruau ; et, quant à la potion ammoniacale anisée, voici quelle était la formule du docteur Stromeyer, qui l'a principalement préconisée :

℞ Liqueur ammoniacale anisée .... }
Teinture de valériane éthérée .... } aa parties égales.
Huile de menthe poivrée .... }

Dose : vingt gouttes toutes les heures.

Suivant Stromeyer, ce remède était supporté quand on était obligé d'abandonner tous les autres, et la réaction se produisait promptement sous son influence. D'autres préparations ammoniacales ont été également prescrites ; mais il serait trop long de les énumérer.

Le docteur Jaenichen (3) a employé le *chlore liquide* de la manière suivante :

℞ Chlore liquide	60 gram.	Eau distillée	60 gram.

A prendre par cuillerée toutes les deux heures.

Cette potion était administrée pour combattre la céphalalgie et les vertiges.

Parmi les autres excitants internes qui ont été vantés par les médecins, nous citerons principalement la *décoction d'arnica*, recommandée par les docteurs Breitenbücher (4), Rœser et Reider (5), qui l'ont employée habituellement dans la période algide du choléra.

L'*essence de menthe* (30 à 40 gouttes dans du thé), l'*huile de naphte* (10 à 20 gouttes), ont été également administrées et vantées. Quelle est la valeur réelle de ces médicaments ? c'est ce que l'on ne saurait dire quand on veut des preuves suffisantes.

Le *café* a été aussi mis en usage. On a eu recours à toutes les substances qui, promptement absorbées, pouvaient aller réveiller la circulation.

Antispasmodiques. — Le *sous-nitrate de bismuth*, prescrit par Biett (6), par Lefèvre, qui l'administrait à la dose de 0gr,10 à 0gr,15 toutes les deux heures, et par plusieurs autres médecins, a été donné en vue d'apaiser les vomissements et les crampes.

(1) *Berliner Chol. Zeit.*, 1832.
(2) *Archives générales de médecine*, 1831.
(3) Voy. Contour, *Coup d'œil sur le traitement du choléra*, etc. (*Bull. de thér.*, 15 juin 1849).
(4) *Allgem. med Zeitung*, 1832.
(5) *Græfe und Walter's Journ.*
(6) *Arch. gén. de méd.*, 1832.

Le *musc*, opposé principalement à ce dernier symptôme, était donné par Nissen à la dose de $0^{gr},25$ à $0^{gr},50$, et Ewert le prescrit à la dose de $0^{gr},05$ toutes les heures.

Le *castoréum*, la *teinture de valériane*, l'*esprit de corne de cerf*, l'*oxyde de zinc*, l'*eau distillée de laurier-cerise*, etc., ont été également mis en usage ; mais c'est surtout l'*éther* qui a été donné comme antispasmodique, tantôt seul, tantôt uni à d'autres médicaments ; il a été administré par presque tous les médecins. On le donne à la dose de 1 à 2 ou 4 grammes par jour dans une infusion de tilleul. La potion suivante, dont la formule est empruntée à Schæfer, fera connaître quelques-uns de ces antispasmodiques, et la dose à laquelle on les a élevés :

℞ Teinture de castoréum.	aa 4 gr.	Esprit de corne de cerf succiné.	aa 4 gr.
Teint. de valériane éthérée . .		Teinture d'opium	

A prendre par cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures.

Il n'est pas jusqu'à l'*acide prussique* qui n'ait été mis en usage, et Anderson (1) le prescrivait particulièrement.

Fauvel (de Constantinople) a envoyé à l'Académie de médecine (2) une plante qui a une très-grande réputation en Orient : c'est le *Stachys anatolica* (*Teucrium polium*, L.), qui croît principalement sur le mont Olympe. Cette plante est prise en infusion théiforme. Elle a été employée à la Salpêtrière, et le résultat a été que cette substance n'a pas d'autres vertus que les plantes excitantes, et le thé en particulier.

Narcotiques. — L'*opium*, déjà employé dans l'Inde avant que l'épidémie eût éclaté en Europe, a été prescrit sous différentes formes dans les divers pays envahis. L'*extrait d'opium*, à la dose de 10, 15, 25 centigrammes et plus chaque jour, a été administré par la bouche ; mais souvent la fréquence des vomissements empêche qu'il ne soit retenu dans l'estomac. Les *lavements laudanisés* ont principalement été mis en usage. Louis n'hésitait pas à élever la dose du laudanum à 2 et même 4 grammes, lorsque les déjections alvines et les vomissements étaient incessants. Il faut, en général, faire prendre une quantité considérable de ce médicament, pour qu'il agisse dans une affection aussi violente ; un petit lavement d'eau de guimauve ou de graine de lin, avec addition de 1 gramme de laudanum, doit être donné deux ou trois fois par jour, suivant la violence des symptômes. La réaction a manqué complétement dans la majorité des cas de guérison ; dans ceux où elle s'est montrée, elle n'a pas été plus violente que dans des cas où les excitants et les antispasmodiques ont été seuls administrés, et enfin le nombre des morts, pendant la période de réaction, a été peu considérable.

Le Conseil général de santé d'Angleterre (3) recommande la *confection d'opium*, dont voici la formule :

℞ Opium brut.	24 gram.	Carvi	90 gram.
Poivre long.	30 gram.	Gomme adragant	8 gram.
Gingembre	60 gram.		

Réduisez ces substances en poudre, et incorporez-les, au moment du besoin, dans :

Sirop simple chaud. . . . . 400 gram.

Dose : un gramme dans deux cuillerées à bouche d'eau de menthe ou dans un peu d'eau-de-vie, toutes les trois ou quatre heures.

(1) *An account of cholera-morbus*. London, 1819.

(2) *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1849, t. XIV, p. 627, 662.

(3) *Instructions sur le choléra, etc.*, publiées par le Conseil général de santé d'Angleterre, 1849.

Cette préparation, dans laquelle l'opium est uni à des substances excitantes répond aux indications qu'on veut remplir.

La *jusquiame*, donnée à haute dose par Anderson (20, 40, 50 centigrammes); la *belladone*, prescrite par Schlesinger et par Viardin (1); le *tabac*, conseillé par Pitchaft (2); l'*acétate de morphine*, etc. : tels sont encore les narcotiques que l'on a recommandés, et sur lesquels il est inutile d'insister.

Les *astringents* ont aussi été mis en usage par un bon nombre de médecins. Dupuytren essaya tout d'abord l'*acétate de plomb*, qui ne produisit pas des résultats très-satisfaisants. D'autres praticiens ont eu principalement recours à l'*extrait de ratanhia*. Rayer, en particulier, a fait entrer ce médicament dans les boissons du malade aussi bien que dans les lavements. Une décoction de ratanhia pour tisane; 4 ou 5 grammes de ratanhia dans une potion éthérée et laudanisée; 8 ou 10 grammes dans un lavement, sont des doses qui peuvent être prescrites, et que l'on peut facilement dépasser.

Les *toniques* ont dû être conseillés dans une affection où les forces sont si abattues. Cependant, comme on a attribué naturellement cet abattement des forces au trouble du système nerveux, c'est rarement à la médication tonique qu'on a eu recours. La *décoction de quinquina*, les *lavements de quinquina*, et principalement le *sulfate de quinine*, sont les médicaments de ce genre qui ont été mis en usage. Andral faisait entrer cette dernière substance dans la potion que nous avons citée. Græfe, de Berlin, et plusieurs autres auteurs ont insisté beaucoup sur son administration. C'est à la dose de 1, 2 ou 3 grammes que le sulfate de quinine doit être donné, soit par la bouche, soit par le rectum. Toutefois on devra surveiller les accidents que pourrait occasionner cette substance, surtout lorsqu'elle est donnée dans une petite quantité de véhicule.

Récamier (3) prescrivait le *sulfate de quinine* dans la période de réaction à laquelle il donnait le nom d'*accès fébrile*, et conseillait de choisir pour l'administration de ce médicament la rémission fébrile plus ou moins complète et fugace. Aucun fait bien évident n'est venu à l'appui de cette théorie.

Vomitifs, purgatifs. — Il paraîtra étonnant qu'on ait eu l'idée d'administrer des vomitifs ou des purgatifs dans une affection où les déjections alvines et les vomissements sont si abondants, et cependant quelques auteurs, parmi lesquels il faut citer les docteurs Boeckh (4), Hierlaender, Laloyde, de Belleville (5), et plusieurs autres médecins, surtout en Allemagne, ont pensé qu'il serait utile de provoquer les vomissements. Hierlaender (6) prescrivait ainsi le *tartre stibié*.

♃ Tartre stibié.......... .... 10 à 60 centigr.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée................ .... 240 gram.

Dose : une, deux ou trois cuillerées à bouche tous les quarts d'heure ou toutes les demi-heures.

(1) *Jour. de chimie méd.*, juillet 1832.
(2) *Hufeland's Journal*, octobre 1831.
(3) *Recherches sur la conduite à tenir, etc.* Paris, 1849.
(4) *De cura choler. ind. in Europa*, 1831.
(5) *Arch. gén. de méd.*, octobre 1849.
(6) *Salzb. medic. chir. Zeit.*, 1831.

Quant aux *purgatifs*, ils ont été recommandés par Bonnet (1), qui administrait *sulfate de soude* à la dose de 45 grammes; par le docteur Henderson, qui ordon-t des doses considérables d'*huile de ricin*, et par plusieurs autres praticiens, i ont mis en usage des purgatifs de diverses espèces. Il est impossible de se faire e juste idée, d'après les écrits des auteurs, de l'action des vomitifs et des pur-tifs sur la marche de la maladie, et rien ne prouve que ces médicaments aient eu ellement le degré d'efficacité qu'on a voulu leur attribuer. Il faudrait, pour qu'on t conseiller une médication qui paraît aussi peu appropriée aux principaux sym-ômes du choléra, avoir un nombre considérable de faits bien analysés qui vînt en montrer l'efficacité.

Dans la dernière épidémie de choléra, on a beaucoup employé les *vomitifs* et *purgatifs* au début de l'affection, et principalement pour combattre la diarrhée tiale. Les vomitifs ont surtout eu une grande vogue, et parmi eux on a eu parti-lièrement recours à l'*ipécacuanha*. Escallier (2) a exposé les avantages de cette éthode dans un mémoire fort bien fait et où il a cité nombre de cas heureux. ı est convaincu, après avoir lu ce travail, que le plus souvent les vomitifs ont un et très-heureux, et cependant je ne saurais les conseiller. Escallier n'a pas vu de s cas malheureux, et pourtant il y en a eu. Nous en connaissons cinq : deux que us avons observés à l'hôpital Sainte-Marguerite, un que nous avons vu en ville, ı quatrième dont Sestier a été témoin, et un cinquième mentionné par Blatin (3). es cas sont rares, il est vrai, et c'est ce qui explique comment un médecin peut en avoir pas rencontré, même dans une pratique assez étendue; mais nous deman-ns si, quelque faible que soit la chance, on voudrait s'exposer à la courir, lors-'on a de très-bons moyens pour atteindre le but sans aucun danger, comme on a qu'on pouvait y parvenir à l'aide du laudanum de Sydenham pris par la bouche, doses fractionnées. Dans trois des cas que nous avons mentionnés, les vomisse-ents, faibles ou nuls avant l'administration de l'ipécacuanha, sont devenus incoer-bles, et dans le quatrième, 30 grammes d'huile de ricin ont provoqué une diarrhée s plus abondantes, bientôt suivie de tous les symptômes d'un choléra mortel.

Préparations alcalines. — La grande diminution des principes alcalins du sang été principalement remarquée dans le sang des cholériques : aussi ne devons-ous pas nous étonner de voir que les préparations alcalines ont été prescrites par ı grand nombre de médecins. Davier (4) faisait prendre toutes les demi-heures mélange suivant :

℞ Carbonate de soude....	2 gram.	Chlorate de potasse........	30 centigr.
Hydrochlorate de soude.	65 centigr.		

Stevens (5), qui a le premier eu recours à la médication saline, donnait toutes s demi-heures, ou toutes les heures, suivant la gravité, la poudre suivante :

℞ Chlorure de sodium...	126 centigr.	Chlorate de potasse......	35 centigr.
Bicarbonate de soude..	2 gram.		

Ockel se contentait de faire prendre aux cholériques une solution concentrée de

(1) *Arch. gén. de méd.*, avril 1832, t. XXVIII, p. 544.
(2) *Union médicale*, août 1849.
(3) *Choléra déterminé par l'administration du kermès* (*Union médicale*, 3 avril 1849).
(4) *Gazette médicale*, septembre 1832.
(5) *Union médicale*, 3 avril 1849.

sel ordinaire; mais ce remède, ainsi administré, inspire souvent une grande répugnance aux malades. Enfin d'autres médecins se sont bornés à ordonner l'*eau de chaux.* Lemazurier (1) portait les solutions alcalines dans le rectum, sous forme d'une forte solution d'*hydrochlorate de soude.*

Baudrimont (2) a rapporté des cas où les sujets, jetés dans l'état le plus grave, ont été promptement soulagés et guéris par l'usage du *bicarbonate de soude* à la dose de 4 à 8 grammes par litre de tilleul chaud. Ce médecin rapporte que, dans la commune de Giraumont, il y avait eu, au 8 octobre, quarante et un cas de choléra; que dix-huit, ayant été traités par divers moyens, étaient tous morts, et que vingt-trois, traités par le bicarbonate de soude, avaient *tous guéri.* Nous nous contentons de faire remarquer ce que cette mort constante aussi bien que cette guérison infaillible ont d'extraordinaire.

Dans la dernière épidémie, Gavin-Milroy (3) a appelé l'attention des médecins sur le sel marin pris par la bouche à la dose d'une cuillerée à café dans une tasse d'eau, et en lavements à une dose double ou triple. D'autres médecins, et en particulier Oulmont (4), ont employé cette médication; mais, après en avoir espéré beaucoup, ils ont été forcés de l'abandonner.

Moissenet donnait la potion suivante :

℞ Chlorure de sodium	12 gram.	Sirop diacode	40 gram.
Eau de menthe	125 gram.		

A prendre par cuillerée de demi-heure en demi-heure.

Ce médecin prescrivait en même temps un lavement avec 2 grammes de chlorure de sodium et 1 gramme de laudanum.

Rien ne prouve que les alcalins aient eu les effets merveilleux qu'on leur a attribués.

Injections alcalines. — Ce fut l'introduction directe des solutions alcalines dans le torrent de la circulation qui attira le plus l'attention. Latta, se fondant sur les expériences chimiques de O'Shaughnessy, s'était contenté d'abord de chercher à y remédier par des boissons et des lavements alcalins; mais, ayant vu qu'il ne réussissait pas par ce moyen, il eut la première idée de ces injections. Il dissolvait 8 à 12 grammes d'*hydrochlorate de soude* et $2^{gr},50$ de *sous-carbonate de soude* dans 3000 grammes d'eau; puis il les introduisait peu à peu dans les veines à la température de 112 degrés Fahrenheit. Il a remarqué que, plus froide, l'injection causait une sensation de froid extrême et des frissons violents. Plus chaude seulement de trois degrés, elle excitait subitement le cœur; la face devenait très-animée, et le malade se plaignait d'une grande faiblesse. Lorsque l'injection était faite à la température que nous avons indiquée plus haut, le malade ne sentait d'abord rien; mais bientôt il éprouvait une sensation de chaleur, et des phénomènes semblables à ceux de la réaction ne tardaient pas à se manifester.

D'après Latta, il ne faut pas, lorsque l'effet est produit, regarder le malade comme guéri; mais il faut le traiter par de doux stimulants, afin que l'état algide ne

(1) *Gazette médicale*, novembre 1835.
(2) *Union médicale*, 24 mars 1849.
(3) *Ibid.*, 24 mars 1849.
(4) *Ibid.*, 29 mars 1849.

paraisse pas. Chez des sujets qui avaient paru parfaitement guéris, on a vu, en peu d'heures, les symptômes les plus violents se reproduire, et être suivis d'une mort prompte. Lorsque les symptômes de l'état algide reparaissent, il ne faut pas hésiter à renouveler l'injection. Le docteur Craigie (de Leith) a cité quelques faits de guérison par le même moyen. Il en est de même du docteur Lewins et de quelques autres.

Warwinski (1) a injecté trois fois de 1500 à 3000 grammes d'une solution alcaline dans les veines. Les garderobes augmentèrent; néanmoins il parut y avoir un peu d'amélioration passagère, mais la terminaison fut fatale.

Si maintenant nous voulons apprécier l'influence réelle de cette médication, nous nous trouverons fort embarrassés. Le nombre des cas dans lesquels l'injection a été pratiquée est peu considérable, et par conséquent le nombre des succès et des insuccès n'est pas suffisant pour qu'on puisse établir une proportion dans laquelle on doive avoir une grande confiance. Cependant il faut dire que Latta, Lewins et Craigie ont cité des faits fort intéressants, puisque des sujets évidemment près de succomber ont été ranimés presque immédiatement et ont assez promptement guéri. Quelques-uns, comme Craigie, veulent que l'effet des injections soit aidé par l'usage interne des préparations alcalines, et d'autres, avec Latta, les bannissent du traitement, parce qu'elles leur ont paru avoir de fâcheux effets sur les vomissements et les déjections alvines.

Acides. — Le docteur Sponer (2) recommande vivement l'acide nitrique dilué. Sur soixante-seize cas de choléra, sept seulement ont succombé. Il prescrit ce médicament sous la forme suivante :

℞ Décoction concentrée de racine de salep	180 gram.	Eau de mélisse	60 gram.
Acine nitrique dilué	2 à 4 gram.	Sirop de pavot blanc	30 gram.

Une cuillerée à soupe toutes les cinq ou dix minutes, plus tard toutes les demi-heures, puis toutes les heures. Après la disparition des symptômes il continue le médicament pendant un jour, toutes les deux ou trois heures.

Nitrate d'argent. — Emmanuel Lévy (3), dans un travail intitulé : *Cure du choléra par le nitrate d'argent*, cite 82 cas de guérison sur 132 cholériques avec cyanose, par l'emploi de ce médicament qu'il administre à la dose de 1/8e de grain, dans une solution d'eau distillée tous les quarts d'heure, puis toutes les demi-heures. Barth (4), ayant vu à la Salpêtrière les principales médications rester sans résultat dans une très-grande majorité des cas, eut recours au *nitrate d'argent* donné à la dose de 5 centigrammes dans une potion, et de 25 centigrammes dans un petit lavement. Ce traitement était continué pendant trois ou quatre jours. Sur cinquante-trois malades ainsi traités, il y a eu vingt-sept guérisons. Ce résultat ne paraît pas très-avantageux au premier abord, mais Barth a démontré par l'analyse des faits et par la comparaison qu'il a faite de ce résultat avec celui qu'on obtenait à la Salpêtrière par les autres traitements, qu'il est réellement très-favorable à l'effi-

(1) Voy. Contour, *Coup d'œil, etc.* (*Bulletin de thérap.*, 15 juin 1849).
(2) *Medicinische Zeitung*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 janvier 1850.
(3) *Compte rendu des séances de la Soc. méd. des hôpit.*, 9 janvier 1849 (*Union médicale*, février 1850).
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1849.

cacité du nitrate d'argent. Ces faits n'ayant été bien connus que lorsque l'épidémie était finie, les autres médecins de Paris n'ont pas pu expérimenter cette médication d'une manière suivie.

Eau froide, glace. — Nous avons dit, dans la description des symptômes, que les malades n'avaient pas un aussi grand désir des boissons froides, ou du moins que ce désir n'était pas aussi constant que plusieurs médecins l'ont avancé. Cependant quelques-uns ont tiré de cette prétendue appétence la conséquence que les boissons froides, et l'eau en particulier, devaient avoir un résultat avantageux. Ils ont été, en outre, portés à employer ce moyen par l'idée que les boissons froides calmeraient les vomissements. Berres (1) préconise l'eau froide à l'intérieur. Müller (2) et Gilkrest administraient cette boisson en grande abondance. Peyron allait jusqu'à en faire boire quinze et même vingt litres en vingt-quatre heures. D'autres médecins se sont contentés de faire fondre dans la bouche des fragments de *glace*, ou bien d'en faire avaler une petite quantité.

La *méthode hydrothérapique* a été employée dans la dernière épidémie de Pologne et s'est montrée inefficace (3).

Telles sont les principales médications internes qui ont été mises en usage dans les deux grandes épidémies qui ont désolé l'Europe. Disons maintenant un mot de l'administration de quelques autres substances employées par des médecins isolés, et qui sont loin d'avoir pour elles une expérience suffisante. Pendant un moment on a beaucoup vanté l'*huile de cajeput*, dont on fait usage depuis longtemps dans l'Inde, mais ce médicament a été assez promptement abandonné. Bremer (4) l'administrait ainsi qu'il suit :

♃ Huile de cajeput........................	ââ parties égales.
Teinture de valériane éthérée............ ..	
Esprit de corne de cerf succiné....	

Dose : d'abord trente gouttes, puis quinze gouttes, au bout d'une demi-heure ou d'une heure ; puis éloigner les doses, et donner quinze gouttes de la potion de trois heures en trois heures.

Strebel a donné l'huile de cajeput seule à la dose de quarante gouttes par jour.

Ces médecins assurent avoir guéri par ce moyen les deux tiers des cholériques le plus violemment atteints. Ces résultats n'ont pas été confirmés par les autres praticiens.

Cabaret (5) conseille le *soufre sublimé* à la dose de 1 gramme tous les quarts d'heure, mais il ne cite qu'une observation à l'appui.

Chloroforme. — Brady (6) préconise l'emploi du *chloroforme*, qu'il donne ainsi qu'il suit :

♃ Huile de ricin...........	12 gram.	Teinture d'opium.........	20 gouttes.
Chloroforme.......	6 goutt.	Eau de menthe...........	45 gram.

A prendre en trois fois et tous les quarts d'heure.

(1) *Erfahrung über die Kalte in Krank.* Berlin, 1833.
(2) *Gazette médicale*, 1832.
(3) *Rapport sur le choléra épidémique qui sévit en Pologne*, par le docteur Tschetgrin (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, Paris, 1852, t. XVIII, p. 193).
(4) *Arch. gén. de méd.*, 1831.
(5) *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er janvier 1850.
(6) *Union médicale*, 24 mars 1849.

Si cette potion est insuffisante, Brady en donne une seconde, ainsi com-
osée :

Chloroforme	8 gouttes.	Eau	60 gram.
Sirop de vin	12 gram.		

Enfin, dans quelques cas, il élève la dose jusqu'à quinze et vingt gouttes en une
mi-heure ou trois quarts d'heure dans une espèce de grog.

Brady donnant en même temps un purgatif, un narcotique, un excitant et un
esthésique, médicaments qui ont tous leur action, comment savoir si c'est au
rnier médicament qu'il faut rapporter les bons effets de la préparation ?

Hill (1) a pratiqué les *inhalations de chloroforme*, même dans la période algide.
a rapporté au début quelques cas favorables ; mais ces bons résultats ont-ils per-
té ? Max. Vernois (2) a administré la même substance à l'intérieur.

Alph. Devergie a proposé, contre le choléra, la décoction et la pulpe de *truffe*.
Malgré la publication de quelques faits heureux, ce médicament n'a généralement
s été adopté.

Andreïwsky (3) administrait l'*huile de pétrole* ou de *naphte*, à la dose de six,
uze, et même quinze gouttes, dans un peu d'eau-de-vie, ou une infusion aro-
atique, contre les diarrhées initiales. Suivant M. Contour, ce moyen avait un
and succès.

Michel, d'Avignon (4), vante les bons effets de l'*ail* donné en *infusion* préparée
ec quelques gousses, appliqué sous forme de *cataplasmes*, ou enfin en *frictions*.
our l'application externe, on pile dans un mortier quelques gousses d'ail avec
ldition de 50 à 60 centigrammes d'*encens*. Cette médication doit être très-difficile
supporter pour bien des malades.

Willemin (5) a cité un certain nombre de cas observés au Caire, et desquels il
onclut que le *hachisch*, principe actif du *Cannabis indica*, est un remède souve-
in. Il administrait ce médicament sous la forme de teinture alcoolique à la dose
dix à vingt gouttes par jour, dix gouttes contenant 5 centigrammes de principe
ctif du *Cannabis*. Les faits observés à la Salpêtrière, dans la dernière épidémie,
'ayant été nullement favorables à l'action de ce médicament, on doit regarder les
as de guérison cités par Willemin comme des coïncidences.

La *noix vomique* et la *strychnine* ont été également mises en usage. Récamier
ssociait la noix vomique à la racine d'arnica, dans le but d'arrêter la diarrhée, et
Vagner (6) voulait qu'on donnât l'extrait de noix vomique à la dose de 3 à 5 cen-
grammes d'heure en heure.

Le docteur Maxwell (7) a beaucoup vanté le *natron carbonique ;* mais il le
onne associé à une dose considérable d'opium et à des purgatifs. Que conclure de
es observations ?

(1) *Union médicale*, 27 mars 1849.
(2) *Ibid.*, 19 mai 1849.
(3) Voy. Contour, *Coup d'œil sur le traitem. du choléra asiat. qui a régné en Russie pendant les années* 1846-1847 *et* 1848 (*Bulletin gén. de thérap.*, mai 1849).
(4) *Bulletin gén. de thérap.*, mai 1849.
(5) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XIV, p. 137.
(6) *Medic. pract. Abh. über die asiat. Chol.* Prag., 1834.
(7) Voy. *Lettre à M. Liebig* (*Union médicale*, 30 octobre 1849).

Dans la dernière épidémie, on a un instant vanté le *trichlorure de carbone* qu'on a donné jusqu'à la dose de 7 grammes ; mais ce médicament n'a pas tardé à être abandonné.

Moyens divers. — Enfin on a administré le *charbon de bois* ou *magnésie noire* (Biett) ; l'*eau de Luce* (M. de Saint-Simon Sicard) ; le *vinaigre* (M. Desrivières) ; le *poivre en poudre grossière* (M. Szafkowski) ; le *plantain* (id.) ; le *protoxyde d'azote* (1) ; le *chlore* (2) ; l'*acide carbonique* (3) ; la *teinture de scille*, l'*huile d'olive*, etc. ; en un mot, on a mis en œuvre presque toutes les substances dont dispose la thérapeutique. Nous n'insistons pas davantage sur ces derniers remèdes, parce que rien ne prouve qu'ils aient eu un degré d'efficacité réel.

[Des expériences récentes viennent de ruiner toutes les espérances de la thérapeutique. Les médicaments ne seraient pas absorbés pendant la *période algide !* Et, dès lors, que penser de l'efficacité de tous ces médicaments *internes* employés contre le choléra ? Il faudrait alors ne compter que sur la médication excitante externe. La question est encore pendante.]

2° Médication externe.

La *chaleur* est l'excitant externe le plus facile à employer et peut-être aussi le plus utile. Aussi s'est-on empressé d'envelopper les malades dans des *couvertures chaudes* et d'approcher de leurs extrémités des boules remplies d'*eau à une température élevée.*

Meurtdefroy (4) a employé, pour le réchauffement des cholériques, la *chaux vive enveloppée de linges mouillés* et appliquée près du corps du malade, moyen déjà mis en usage pour d'autres maladies, par Serres (d'Alais).

Blatin a imaginé un appareil qui consiste dans une lampe à l'alcool, entourée d'une cage d'osier et qu'on place sous les couvertures. Les choses étaient disposées de manière qu'on pût éteindre immédiatement la lampe sans retirer l'appareil.

Quelques médecins, Delpech surtout, ont fait placer les cholériques dans des *bains chauds ;* Alph. Guérard a recommandé les *bains d'air chaud* (5) ; d'autres ont fait promener sur la surface du corps, au-dessus d'un linge interposé, des *fers à repasser* fortement chauffés. Les *frictions sèches* avec une flanelle chaude peuvent être placées parmi les excitants de ce genre, quoiqu'elles aient, en outre, la propriété de favoriser mécaniquement la circulation.

Cependant quelques médecins, parmi lesquels il faut citer Legroux et Horteloup (6), ont cru remarquer que le réchauffement des cholériques a des effets funestes ; mais les faits qu'ils ont cités ne sont pas suffisants pour faire taire tous les doutes sur ce point.

Des médecins ont eu l'idée de recourir à une médication entièrement opposée, et ils ont prescrit les *affusions* et les *douches froides.* Voici comment Casper,

(1) Lepage, *Rapport sur l'emploi du gaz protoxyde d'azote dans le choléra*. Orléans, 1832.
(2) Toulmouche, *Arch. gén. de méd.*, 1835.
(3) Helder, *Ueb. Schutzm. geg. d. Choléra.* Prag., 1831.
(4) *Union médicale*, 17 avril 1849.
(5) *Annales d'hygiène publique.* Paris, 1854, t. I, p. 99.
(6) *Comptes rendus de la Soc. méd. des hôpit.* (*Union médicale*, 1849).

Berlin) (1) voulait que l'on procédât dans l'application de ce moyen, qu'il met- en usage principalement lorsque le pouls était devenu insensible.

e malade était placé dans une baignoire vide s'il avait la peau sèche, pleine d'eau 7 degrés s'il avait la peau moite. On lui versait alors sur la tête quatre ou cinq ux d'eau glacée, et l'on faisait d'autres affusions sur le corps avec le même liquide. répétait cette opération toutes les deux ou quatre heures. Immédiatement après fusion, on replaçait le malade dans son lit, en ayant soin de couvrir la poitrine, dos et le ventre de compresses froides que l'on renouvelait dès qu'elles étaient udes. Pour compléter ce traitement, on administrait des boissons et des lavements ids.

Horteloup (2) a cité des faits semblables.

Il est difficile de se prononcer sur la valeur de ces traitements : ce qu'il y a de tain, c'est que, contrairement à ce qu'on aurait pu prévoir, un certain nombre sujets parvenus au milieu de la période algide, et qui semblaient près de suc- nber, ont été promptement ranimés.

Dans les cas graves, Worms (3) faisait raser la tête et y appliquait une flanelle mpée dans le mélange suivant :

♃ Alcool camphré......... 150 gram.	Infusion d'arnica .... 100 gram.
Ammoniaque liquide... 12 à 25 gram.	

Dans laquelle on aura fait dissoudre :

Chlorhydrate d'ammoniaque..... .... 45 gram.

Suivant ce médecin, cette application rendrait la réaction beaucoup plus facile et même temps beaucoup moins grave.

Les *sinapismes* ont été presque généralement employés ; on les promenait sur les embres et sur les différentes parties du corps. Ils agissaient dans le même sens e la chaleur, mais avec plus d'énergie.

Au lieu de faire des frictions sèches, on a conseillé de se servir de divers médi- ments irritants : c'est ainsi qu'on a fait des *frictions avec l'huile de cantharide*, ec un *liniment ammoniacal*, avec l'*alcool camphré* (Fouquier), avec une *décoc- n de moutarde* (Dupuytren), etc. Ces substances n'ont pas d'effet spécial, et ute la différence consiste dans leur plus ou moins d'énergie.

Une des préparations les plus énergiques est le liniment hongrois ainsi composé :

Liniment hongrois contre les crampes.

♃ Eau-de-vie............ 250 gram.	Camphre.................. 8 gram.
Vinaigre fort .... 125 gram.	Poivre .... 8 gram.
Farine de moutarde ..... 15 gram.	Gousse d'ail pilée........... n° 1.

On met le tout dans un flacon bien bouché, et l'on fait infuser pendant trois jours au soleil dans un endroit chaud.

Turnbull (4) employait pour frictions le *piment* (*Capsicum annuum*), réduit à

(1) *Die Behandl. der Chir.* Berlin, 1832.
(2) *Comptes rendus de la Soc. méd. des hôpit.* (*Union méd.*, 1849).
(3) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1849, t. XIV, p. 676.
(4) *The Lancet*, janvier 1848.

la consistance de gelée, et mêlé à l'axonge ou à l'huile d'olive, ou bien macéré dans l'alcool. C'est un rubéfiant énergique.

Des médecins, ayant cru trouver le siége primitif de la maladie dans une lésion de la moelle épinière, ont conseillé de pratiquer des frictions excitantes le long du rachis. Petit (1) portait l'action des excitants le long de la colonne vertébrale jusqu'à la vésication. Voici comment il procédait :

Il faisait étendre tout le long du rachis un morceau de laine imbibé d'un liniment composé de :

Essence de térébenthine...... 30 gram.	Ammoniaque liquide.......... 4 gram.

puis il faisait promener lentement, sur le morceau de laine, un fer à repasser bien chaud. Il en résultait une vaporisation instantanée d'une grande partie du liniment, qui, agissant fortement sur la peau, déterminait une vésication rapide.

Bouillaud a quelquefois imité cette pratique ; quant à Ricord (2), il s'est contenté de frictions le long de la colonne vertébrale, à l'aide d'un liniment volatil.

Raphaël (de Provins) a pratiqué la *cautérisation des gouttières vertébrales avec le fer rougi à blanc*. Quel a été le succès réel de ce moyen ? C'est ce qu'il n'est pas permis de dire.

Les *vésicatoires* à l'épigastre et aux extrémités ont été également prescrits. On a encore employé l'*électro-galvanisme ;* le docteur Levington (3) avait déjà, en 1825, mis en usage ce moyen, qui a été appliqué ensuite en Europe. Enfin on a eu recours aux *frictions mercurielles*, aux *bains de vapeur* et même à la *cautérisation épigastrique avec le fer rouge.*

Nous avons, dans la dernière épidémie, employé, dans des cas de douleurs épigastriques très-intenses, le *vésicatoire au marteau* sur l'épigastre et autour de la base de la poitrine ; ce moyen n'a pas eu de succès évident.

Traitement des crampes. — Burq (4), alors élève des hôpitaux, a réussi, à l'aide d'*armatures métalliques humides*, à arrêter plusieurs accidents nerveux, et en particulier les crampes et la constriction épigastrique. Voici en quoi consistaient, d'après cet auteur, ces armatures et la manière de les appliquer :

« Une armature générale, lorsqu'elle est complète, se compose de treize pièces : deux anneaux et une mitaine, ou un cylindre pour le membre supérieur ; deux anneaux et une sandale pour le membre inférieur ; une ceinture pour le tronc.

» Les anneaux ou bracelets sont de cuivre mince, ont de 10 à 15 centimètres de large et sont d'une forme convenable pour s'appliquer aussi exactement que possible : cette dernière condition est absolument indispensable.

» La ceinture consiste dans une bande de cuivre de 8 centimètres de large, de la longueur d'un mètre, terminée en avant et en arrière par une large plaque qui s'adapte à la forme du ventre et du dos.

» Les crampes sont-elles générales et intenses, nous appliquons une armature générale et complète. Sont-elles intenses et bornées aux membres inférieurs, nous nous adressons exclusivement à ceux-ci.

(1) *Arch. gén. de méd.*, t. XXVIII, 1re série, p. 470.
(2) *Arch. gén. de méd.*, avril 1832.
(3) *Trans. of. the med. and phys. Soc. of Calcutta.*
(4) *Union médicale*, 7 juillet 1849.

» Deux bracelets et une sandale pour chacun ; plus ordinairement une ceinture pour le tronc ; *ce n'est qu'exceptionnellement qu'il suffit d'armer un seul membre pour voir guérir les deux.*

» Sont-elles peu intenses et siégent-elles exclusivement sur une partie, aux mollets par exemple, deux anneaux, un à droite et un à gauche, sont ordinairement suffisants ; mais si les crampes résistent, on mouille les bracelets, et lorsque ce n'est pas assez, on complète l'armature du membre.

» Nous commençons toujours par appliquer les armatures à sec, et nous ne les mouillons que si le soulagement est nul ou seulement partiel.

» Pour mouiller un bracelet, on roule entre lui et la peau une bande ou une compresse ordinaire, et mieux un lambeau de couverture de coton trempé dans une solution légère de sel marin, à la température de 25 à 40 degrés.

» Il nous est arrivé trois ou quatre fois que les armatures sèches ayant parfaitement réussi d'abord, ont perdu leurs propriétés au bout de quelques heures. En les examinant de près, nous avons reconnu qu'il s'était amassé sous le cuivre une exsudation visqueuse qui très-probablement venait mettre obstacle à sa conductibilité. Dans tous les cas, il a suffi de nettoyer la peau et le métal, ou de mouiller les armatures, pour faire reparaître toute leur efficacité.

» Il faut être prévenu qu'au bout d'un certain temps, trois à cinq heures, à mesure que les armatures humides se sèchent, elles perdent beaucoup de leur action, et que bientôt, si les crampes n'ont pas été guéries radicalement, si elles ont de la tendance à revenir, elles ne tardent pas à reparaître. Dans ce cas, on n'a, pour y mettre fin, qu'à remouiller les linges à travers les ouvertures des anneaux. »

Dans quelques cas, Duchenne (de Boulogne) a réussi à arrêter les crampes, et même les vomissements, à l'aide de l'*excitation électro-cutanée*, qu'il dirige avec tant d'habileté.

Guyon (1), inspecteur du service de santé militaire en Afrique, donnait un moyen bien simple de faire cesser immédiatement les crampes des jambes, chez les cholériques. Il suffisait, en effet, de renverser le pied sur la partie antérieure de la jambe. Pour cela, on saisissait le talon d'une main, tandis que de l'autre on saisissait la pointe du pied, et l'on opérait le renversement de cette dernière partie. Les crampes des doigts et des mains disparaissaient, comme celles des jambes, par l'extension des doigts sur la main, et de la main sur la face dorsale de l'avant-bras. A cet effet, tenant l'avant-bras d'une main, et, après avoir saisi de l'autre les parties crampées, on les renversait sur l'avant-bras, non brusquement, mais avec une certaine lenteur.

Les *vomissements*, si violents dans le choléra, ont dû nécessairement attirer l'attention des médecins qui se sont occupés du traitement de la maladie. Plusieurs des médicaments précédents ont été dirigés contre eux, mais on leur a opposé d'une manière spéciale les boissons gazeuses, et en particulier la *potion antiémétique* de Rivière et l'*eau de Seltz.*

Malgaigne a, dans un cas, arrêté immédiatement les vomissements en appliquant sur l'épigastre *un vésicatoire ammoniacal pansé ensuite avec la morphine.*

Jusqu'à présent, nous avons indiqué les diverses médications séparément ; mais,

(1) *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 15 octobre 1852.

comme on le pense bien, il est sans exemple qu'on n'en ait pas associé un certain nombre, afin de remplir en même temps les diverses indications. C'est ainsi qu'on a eu recours à la fois aux excitants internes et externes, antispasmodiques, aux opiacés, de manière à arrêter, d'une part, les évacuations alvines et le vomissement, et, de l'autre, à calmer les accidents nerveux, à ranimer la circulation et à rappeler la chaleur. C'est la base de tous les traitements employés, et ce n'est que dans l'emploi de quelques substances particulières et dans certaines modifications apportées à l'administration des principaux remèdes, que la thérapeutique, tant en France qu'en Angleterre, en Allemagne et en Amérique, a réellement différé. Il serait par conséquent inutile de donner en grand détail les traitements propres à chaque médecin en particulier.

Champenois (1) a conseillé, dans le but de provoquer la réaction, d'*injecter dans la vessie* le liquide suivant :

℞ Eau distillée ou vin blanc...	75 gram.	Laudanum liquide.....	25 à 30 gouttes.
Alcool rectifié...........	25 gram.	Strychnine...........	4 à 8 milligr.
Sulfate de quinine........	1 gram.	Acide sulfurique............	8 gouttes.

Pour une injection dans la vessie.

Nous ignorons si ce moyen singulier a été mis en usage d'une manière un peu suivie.

TRAITEMENT DE LA PÉRIODE DE RÉACTION.

La *saignée* plus ou moins répétée, suivant la violence du mouvement fébrile, et surtout s'il existe quelque complication inflammatoire du côté des voies respiratoires, en forme la base. Dans plusieurs des cas dont nous avons l'observation sous les yeux, elle a été presque immédiatement suivie d'une amélioration notable des principaux symptômes et surtout de la céphalalgie. Les douleurs épigastriques, les vomissements bilieux, étaient combattus par les *sangsues* appliquées à l'épigastre. On remplaçait les excitants par les *boissons douces* et *émollientes*. On supprimait les préparations opiacées, surtout quand elles ont été données à très-haute dose. On prescrivait un *régime* assez *sévère*, et cette médication si simple réussissait, dans la grande majorité des cas, à dissiper tous les accidents et à procurer une guérison complète. Si le délire était violent, s'il y avait du coma, des soubresauts des tendons, en un mot, ces symptômes que l'on a désignés sous le nom de *typhoïdes*, l'application de la *glace sur la tête* serait indiquée. Nous ne croyons pas devoir insister davantage sur le traitement de cette période, qui, nous le répétons, est des plus simples.

Résumé : traitement préservatif, régime, ordonnances. — En examinant un grand nombre de faits, on arrive à ce résultat, que l'opium à doses élevées, combiné avec les excitants internes et externes, et avec les antispasmodiques, a eu, dans une multitude de cas, des résultats évidemment heureux. Aussi est-ce là la médication qu'il faut principlement recommander.

Quelques médecins ont pensé que certaines substances pouvaient avoir un effet *préservatif ;* mais, comme il n'y a pas d'expérience qui prouve qu'il en soit réellement ainsi, il n'y aurait aucun avantage à indiquer ici ces prétendus préservatifs.

(1) *Bulletin gén. de thérap.*, avril 1849.

D'après ce qui a été dit des causes de la maladie, il est évident que le séjour ans un lieu sec et bien aéré, des vêtements suffisamment chauds, un régime onique, sans être excitant, sont les meilleurs préservatifs de cette affection. C'est onc à l'autorité, dans les cas où une épidémie est imminente, de veiller à ce que es classes inférieures puissent, autant que possible, jouir de ces avantages.

Pendant que le choléra est dans sa violence, la diète doit être absolue, et ce n'est as sous ce rapport qu'il importe de dire un mot du *régime*. Mais au début, lors-u'il n'existe encore que l'ensemble de ces phénomènes auxquels on a donné le om de *cholérine* ou de *diarrhée prémonitoire*, la question du régime prend un rand intérêt. Les sujets doivent se soumettre à une diète sévère et se contenter de oissons adoucissantes ou légèrement astringentes, sous peine de voir les symptômes ugmenter après chaque repas. Qu'on ne croie pas pourtant que nous veuillons dire u'un mauvais régime, même en temps d'épidémie, puisse faire dégénérer en cho-éra une simple diarrhée. Si le fait est possible, il n'est, du moins, nullement émontré. Nous avons voulu seulement faire allusion à ces cas où les malades ont u continuer à manger, ayant déjà un choléra confirmé, quoique léger, et où ce nauvais régime a évidemment aggravé leur maladie.

Traitement de la cholérine. — Ceci nous conduit à dire un mot, en particulier, le la diarrhée qui précède le choléra, et à laquelle on donne le nom de *cholérine.* C'est principalement pendant son cours qu'on a administré les vomitifs et les pur-atifs avec succès; mais nous avons signalé plus haut les dangers de cette médica-ion, et, tout bien considéré, nous croyons qu'il est prudent de s'en abstenir. Nous ommes d'autant plus disposé à soutenir cette manière de voir, qu'un moyen bien imple, et sans aucun danger, nous a complétement réussi dans la dernière épidémie. Nous avons conseillé à toutes les personnes qui avaient de la diarrhée de prendre quatre fois par jour *de 3 à 5 gouttes de laudanum de Sydenham* dans un quart de erre d'eau sucrée. Ces doses devaient être prises le matin au lever, le soir en se couchant et immédiatement avant les deux principaux repas de la journée. *Chez es enfants*, on mettait, suivant l'âge, de 1 à 3 gouttes de laudanum dans un demi-erre d'eau sucrée, et on leur en donnait une ou deux cuillerées à café aux époques ndiquées. Aucune des personnes auxquelles nous avons conseillé ce moyen n'a eu e choléra, quoique beaucoup d'entre elles aient eu fréquemment des commence-nents de diarrhée. Dans trois cas, ce moyen si simple a rétabli dans leur état normal, les garderobes presque constamment dérangées depuis deux mois, malgré 'emploi des astringents, des lavements laudanisés, et d'un régime très-sévère.

Quelques personnes ont été obligées de continuer l'usage du laudanum pendant plusieurs mois, se portant très-bien quand elles s'y soumettaient, ayant, au con-raire, des dérangements dès qu'elles voulaient le cesser. Sous cette influence, la confiance renaît promptement chez des sujets terrifiés et que les dérangements fréquents du tube digestif affectaient profondément.

Il ne faut pas craindre l'usage prolongé du laudanum administré de la manière qui vient d'être indiquée. L'expérience nous a prouvé qu'il n'a aucun inconvénient. Bien plus, il arrive ordinairement qu'un abattement général, une langueur extrême, qui résulte de la cholérine, se dissipe promptement, et que malgré l'emploi du nar-cotique, le malade reprend toute son activité. On ne doit s'arrêter que s'il survient de la constipation, toujours attentif pour recommencer au plus petit dérangement.

Nous avons employé le laudanum de Sydenham, parce que, outre l'opium, il contient des substances excitantes, nous sommes loin cependant de prétendre que cette idée ait une bien grande valeur, et il est très-possible que le *laudanum de Rousseau* ait le même effet. Si on l'employait, il ne faudrait donner que *moitié dose.*

Dans la cholérine, Monneret (1) administre aux enfants de 20 à 30 grammes de *sous-nitrate de bismuth*, et chez les adultes il porte cette dose à 50 et à 60 grammes. On l'administre seul ou mêlé aux aliments.

J. Tray (2) donnait, dans les diarrhées prodromiques du choléra, la *térébenthine rectifiée* à la dose de 15 gouttes, qu'il répétait s'il était nécessaire. Dans les cas qu'il a traités ainsi, les évacuations se sont immédiatement arrêtées ; mais ce qui, pour beaucoup de médecins, ôtera à cette médication une grande partie de sa valeur, c'est qu'il mêlait la térébenthine à une certaine quantité de laudanum ou d'huile de jusquiame, médicaments dont l'effet doit entrer en ligne de compte.

Lorsque la période de réaction n'est pas très-violente, qu'il n'y a qu'un peu de céphalalgie et un très-léger mouvement fébrile, on peut, sans inconvénient, permettre quelques bouillons et rendre promptement le régime plus substantiel. Si la fièvre est très-forte, la diète doit être continuée jusqu'à ce que les principaux symptômes fébriles se soient notablement amendés. Il n'est pas nécessaire, lorsque les malades sont entrés franchement en convalescence, de les tenir longtemps à un régime sévère. Ceux qui étaient bien réellement guéris pouvaient rapidement reprendre leur genre de vie accoutumée.

Ire Ordonnance.

DANS UN CAS DE CHOLÉRA COMMENÇANT AVEC SIMPLES DÉJECTIONS ALVINES, NAUSÉES, FAIBLESSE ET CRAMPES LÉGÈRES.

1° Pour boisson, infusion de camomille édulcorée avec le sirop de fleur d'oranger.

2° Un lavement, matin et soir, avec 1 gramme de laudanum.

3° Frictions sèches sur les membres.

4° Prendre par cuillerées une potion ainsi qu'il suit :

℞ Infusion de tilleul......	120 gram.	Alcool	10 gram.
Éther sulfurique........	1 gram.	Sirop diacode..............	30 gram.

A prendre par cuillerée de demi-heure en demi-heure.

5° Entourer le malade de couvertures chaudes.

IIe Ordonnance.

DANS UN CAS DE REFROIDISSEMENT NOTABLE AVEC VOMISSEMENTS VIOLENTS, DÉJECTIONS ALVINES ABONDANTES ET CRAMPES FRÉQUENTES.

1° Pour tisane, légère décoction de ratanhia édulcorée avec le sirop de sucre, et additionnée de cinq ou six cuillerées de vin de Malaga par chaque pot.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1849.
(2) *London medical Gazette*, novembre 1849.

2° Potion comme la précédente. Remplacer seulement le sirop diacode par le rrop de gomme, à la dose de 45 grammes, et ajouter laudanum de Sydenham, grammes.

3° Lavement laudanisé *ut suprà*, administré toutes les trois heures. Si le lavement était rejeté immédiatement, en donner tout de suite un autre.

4° Promener sur les extrémités des sinapismes.

5° Frictions sèches fréquemment répétées sur toutes les parties du corps avec ne flanelle chaude ou avec un liniment volatil.

6° Le reste *ut suprà*.

IIIe Ordonnance.

DANS UN CAS D'INSENSIBILITÉ COMPLÈTE DU POULS, OU, SUIVANT QUELQUES AUTEURS, DANS LA PÉRIODE ASPHYXIQUE.

1° Pour boisson, punch chaud.

2° Injections des substances salines dans les veines.

3° Frictions irritantes le long du rachis, ou cautérisations de cette région.

4° Affusions froides.

5° Électro-galvanisme.

Nous réunissons, dans la dernière ordonnance, un certain nombre de médications articulières; il sera facile de retrouver les autres dans l'exposition précédente.

IVe Ordonnance.

DANS LA PÉRIODE DE RÉACTION.

1° Boissons adoucissantes.

2° Saignées plus ou moins répétées, suivant l'intensité du mouvement fébrile et es lésions locales.

3° Application de sangsues à l'épigastre, dans les cas de symptômes gastriques.

4° Glace, compresses froides sur la tête, si les symptômes cérébraux sont violents.

5° Diète sévère, si la fièvre est intense; quelques bouillons seulement, si elle est très-légère. Lorsque la convalescence est franche, reprendre promptement le égime habituel.

Suivant de Jumné, les *bains de mer* sont un bon moyen *prophylactique* du choléra. Dans les instructions populaires publiées en Angleterre et en France, on insiste principalement sur un bon régime et de bonnes conditions hygiéniques.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Période algide. — Émissions sanguines; émollients, adoucissants.

1° *Médication interne.* — Excitants internes : préparations ammoniacales, arnica, café, hachisch, stachys, chlore, chloroforme, etc.; antispasmodiques, narcotiques, astringents, toniques; vomitifs, purgatifs; préparations alcalines, injections alcalines; eau froide, glace; huile de cajeput, noix vomique; moyens divers.

2° *Médication externe.* — Excitants externes : chaleur, sinapismes, vésicatoires; affusions et douches froides; cautérisation du rachis.

Période de réaction. — Émissions sanguines, émollients; applications froides sur la tête.

Traitement préservatif. — Moyens hygiéniques; laudanum, régime.

Nous renvoyons, pour ce qui est du choléra sporadique, aux maladies du tube digestif.

ARTICLE IX.

GRIPPE.

Les uns regardent le mot *grippe* comme un simple synonyme de bronchite; d'autres s'en sont servi pour désigner une affection générale avec accidents locaux vers les voies respiratoires; d'autres enfin appellent grippe toute affection catarrhale épidémique avec prédominance des symptômes généraux, qu'elle ait son siége dans les voies respiratoires ou dans les voies digestives.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Pour nous, la grippe est une affection générale, fébrile, essentiellement épidémique, caractérisée localement par une inflammation des muqueuses des voies respiratoires. Il y a exagération à vouloir rapporter, pendant une épidémie, à la seule grippe toutes les affections fébriles qui se déclarent; et l'on doit reconnaître que les symptômes abdominaux qui se manifestent dans certains cas sont secondaires.

[SYNONYMIE : catarrhe épidémique, *influenza*.

D'après Raige-Delorme (1), cette maladie n'aurait été observée ou décrite que dans les temps modernes, il n'en serait pas fait mention avant 1580.

§ II. — Causes.

Le nom qu'elle porte en Italie (*influenza*) montre assez que la grippe a été considérée comme ayant un caractère épidémique. Il est certain que la grippe a été étudiée surtout à l'état d'épidémie sévissant à la fois sur un grand nombre de personnes. Vouloir faire rentrer la grippe dans le cadre banal de la bronchite, ce serait en méconnaître le caractère principal qui est l'épidémie.

Parmi les plus célèbres de ces épidémies on cite celle de 1782, dont le point de départ paraît avoir été dans l'Orient, et d'où la maladie s'est répandue en Europe. Plus près de nous on cite les épidémies de 1803, 1831, 1833, 1837 et 1847. Faut-il l'attribuer la grippe à la seule influence de la température? Cette manière de voir tendrait à nier le caractère spécifique et épidémique de la maladie; il s'ensuivrait une confusion établie entre la bronchite, le catarrhe nasal, l'asthme et la grippe. D'ailleurs l'observation a montré que ce n'est pas dans l'hiver seulement ni dans un moment de variation de l'atmosphère que la grippe se montre, et qu'elle se développe avec tous ses caractères et identique avec elle-même dans les climats les plus différents.

Graves (2), dans le remarquable chapitre qu'il a consacré à l'*influenza*, démontre l'inanité des explications banales relativement aux causes de la grippe. On ne peut,

(1) Raige-Delorme, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol. Paris, 1836, t, XIV, art. GRIPPE.
(2) *Leçons de clinique médicale*, traduction de Jaccoud. Paris, 1863.

dit-il, soutenir que l'apparition de la grippe soit favorisée par l'abaissement de la température, car en 1762 elle s'est montrée au mois de juin, en 1782 en mai et juin, en 1837 elle a sévi avec une soudaineté et une intensité rares à Dublin, et pourtant la saison était d'une douceur exceptionnelle. Il n'est pas plus exact de dire que le dégel en soit la cause, comme l'ont pensé quelques médecins de Londres. On ne peut davantage attribuer la grippe aux influences topographiques et météorologiques. La grippe a-t-elle, comme les maladies infectieuses épidémiques, une marche déterminée à la surface du globe, gagne-t-elle de proche en proche, est-elle en cela comparable à d'autres maladies d'une bien autre gravité, telles que le choléra? Cette opinion trouve des défenseurs. « L'*influenza*, dit le docteur Holland cité par Graves (*loc. cit.*), se montre dans toutes les saisons, pendant les chaleurs de l'été aussi bien que pendant les rigueurs de l'hiver; elle traverse le monde, et poursuivant sa marche pendant des mois entiers, elle suit quelquefois une direction déterminée, elle envahit, à des époques distinctes, deux localités immédiatement voisines, et présente dans l'une et dans l'autre une intensité différente; elle séjourne dans le même lieu pendant des semaines et des mois, sans être modifiée par les variations atmosphériques; elle sévit sur les habitants d'une cité, et ceux d'une ville voisine en sont complétement exempts. Or une maladie qui présente un tel ensemble de caractères ne peut pas être rapportée à ces vicissitudes atmosphériques bien connues qui constituent ce que nous appelons le *temps*.]

§ III. — Symptômes.

Les auteurs ont décrit une grippe *céphalique*, *pectorale*, *abdominale*; quelques-uns même ont admis une grippe *rhumatismale*, *convulsive*, *syncopale*, etc.; c'est retomber dans tous les inconvénients des formes des fièvres que nous avons montrés plus haut. La prédominance de quelques symptômes a fait perdre de vue l'ensemble de l'affection.

De toutes les épidémies qu'il nous a été donné d'observer, il n'en est aucune qui ait présenté des symptômes plus caractéristiques et plus intenses que celle de 1837.

La grippe *débute* par du malaise, de la sensibilité au froid, un abattement marqué, la céphalalgie et l'anorexie.

Quand la maladie est confirmée, on observe les phénomènes suivants : la *céphalalgie* est généralement violente, quelquefois excessive, presque toujours générale, mais plus marquée à la région frontale; les malades sont absorbés, un bon nombre éprouvent des vertiges et quelques-uns des bourdonnements d'oreille.

La *face* est anxieuse, rouge, animée; les yeux sont brillants et larmoyants.

Il y a en même temps un *brisement des membres*, semblable à celui de la courbature; les forces sont abattues et la prostration est parfois extrême.

Le chatouillement, la chaleur des narines, les picotements, des *éternuments* fréquents annoncent l'apparition du *coryza*, qui est, dans un certain nombre de cas, d'une grande violence. Au bout de peu de temps, il se fait par les narines une excrétion de mucus limpide qui est quelquefois tellement abondante, qu'un grand nombre de mouchoirs en sont complétement mouillés. Les *épistaxis* sont fréquentes.

Un *mal de gorge* d'une intensité ordinairement médiocre se déclare peu après le coryza ou en même temps que lui. Puis surviennent des chatouillements derrière

le sternum, une *toux* plus ou moins fréquente, et tous les symptômes d'une bronchite intense se manifestent. Cependant l'auscultation ne fait reconnaître la présence d'un peu de *râle sous-crépitant* que dans quelques cas peu nombreux, et ce n'est pas là une des particularités les moins remarquables de l'affection.

Les *yeux* deviennent plus rouges, plus larmoyants, quelquefois gonflés, et la lumière est difficilement supportée.

La *langue* est blanche, pâteuse ; la *soif* médiocre, l'*appétit* perdu. Du côté de l'*abdomen*, on n'observe ordinairement qu'un peu de constipation ; mais dans certains cas il y a de la *diarrhée* avec quelques coliques, et ce sont les cas peu fréquents, dans lesquels ces derniers symptômes se montrent avec une intensité insolite, qui ont fait admettre une grippe abdominale, comme l'exagération des douleurs des membres a fait admettre une grippe rhumatismale. Chez quelques malades on observe des *vomissements.*

Pendant que ces symptômes existent, la *chaleur* est élevée, assez souvent halitueuse. Le *pouls* est accéléré ; il conserve sa régularité. Quelques sujets éprouvent des *lipothymies* (*grippe syncopale de quelques auteurs*).

C'est surtout vers le soir que les phénomènes fébriles se montrent avec le plus de violence, et pendant les exacerbations tous les symptômes que nous venons de mentionner acquièrent une plus grande intensité. C'est alors que la céphalalgie devient plus aiguë et que les efforts de la toux en augmentent la violence. Dans un certain nombre de cas, le *sommeil* est très-agité, et il y a même un léger délire.

Tous ces symptômes se calment ordinairement avec une grande promptitude. La céphalalgie disparaît, le coryza s'apaise, la toux devient plus facile, et il ne reste que les symptômes d'une bronchite ordinaire avec une faiblesse plus ou moins grande. Dans quelques cas néanmoins, la *convalescence* est longue, l'appétit se rétablit lentement, et les malades restent abattus pendant un nombre de jours qui n'est pas en rapport avec la courte durée de la maladie.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la grippe est ordinairement rapide. En trente-six ou quarante-huit heures beaucoup de malades se trouvent presque complétement guéris ; mais la *durée* de la maladie peut être de quatre à huit ou dix jours.

La *terminaison* ordinaire de la maladie est la guérison. Mais elle semble prédisposer les sujets, et surtout les vieillards, à d'autres affections plus graves qui causent la mort, et produisent cette augmentation de la mortalité dont nous avons parlé plus haut.

[Pour Graves, la grippe est une maladie plus meurtrière qu'on ne le pense généralement. Voici quelles sont, à cet égard, les données statistiques fournies par cet excellent observateur :

Dans la seule ville de Dublin l'épidémie de grippe de 1837 aurait fait périr environ 4000 personnes. L'épidémie de 1847 n'a guère été moins grave. C'est généralement à la pneumonie qui survenait dans ces épidémies qu'était due cette mortalité exceptionnelle.]

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Les détails dans lesquels nous sommes entré suffisent pour établir le *diagnostic*

de *pronostic ;* nous ne nous arrêterons pas à ces points. Nous n'insisterons pas antage sur les *lésions anatomiques*. Nous n'aurons à mentionner que celles qui ultent de ce que l'on a appelé des complications.

Le *traitement*, lorsque l'affection est simple, est extrêmement simple lui-même. repos, des boissons adoucissantes, quelques calmants, des fumigations émolntes vers les voies respiratoires, tenir le ventre libre dans les cas de constipation, ; lavements laudanisés, dans le cas contraire, des bains de pieds sinapisés, tels it les moyens qui procurent un prompt soulagement.

Dans les cas dont nous avons donné l'analyse, la pneumonie survenue à la suite de grippe n'a pas exigé d'autres moyens que ceux qui conviennent à une pneumonie linaire. Cependant quelques médecins, trouvant le pouls faible, la réaction peu ee, la faiblesse considérable, ont conseillé les *toniques*. Rien ne prouve que cette dication doive être conseillée d'une manière générale.

Le docteur Peebles (1) recommande le traitement suivant :

℞	Feuilles sèches d'eupatoire (*Eupatorium perfoliatum*)	30 gram.
	Eau bouillante	500 gram.

Laissez infuser. Administrez une tasse de cette infusion toutes les demi-heures.

Après la quatrième ou cinquième tasse, il y a des nausées, quelquefois des missements, puis une transpiration et une expectoration abondantes. Alors on se ntente d'administrer l'infusion par tasse à trois ou quatre heures d'intervalle.

[En général, la médication antiphlogistique n'a pas donné de bons résultats dans traitement de la grippe, l'adynamie, la faiblesse des malades, le caractère sount convulsif de la toux, étant des symptômes qui contre-indiquent la saignée. raves (de Dublin) recommande la formule suivante :

Mixture de craie.

℞	Craie préparée	16 gram.
	Sucre	12 gram.
	Mixture de gomme arabique	36 gram.
	Eau de cannelle	432 gram.

Mêlez.]

CHAPITRE II

FIÈVRES ÉRUPTIVES.

Sous cette dénomination, nous comprendrons la *variole*, la *varioloïde*, la *varille* et la *vaccine ;* la *rougeole*, la *roséole*, la *scarlatine* et la *suette miliaire*.

ARTICLE PREMIER.

VARIOLE.

Bien que la variole ait des caractères anatomiques très-différents de ceux de la ugeole et de la scarlatine, il y a évidemment une grande analogie entre ces trois ections. C'est au point qu'on peut, dans leur description, suivre exactement la ême marche et les mêmes divisions.

(1) *The Amer. Journ.*, et *Revue méd.-chir. de Paris*, janvier 1848.

On s'accorde généralement aujourd'hui à ne faire remonter nos premiers documents sur la variole qu'au XVIe siècle, à en attribuer la première description aux médecins arabes, et à signaler Rhazès comme le premier qui ait bien fait connaître la maladie et en ait indiqué un bon traitement. On a voulu voir, dans les écrits des anciens, l'indication de cette maladie; mais les passages où l'on prétend qu'il en est question sont si vagues, que cela seul suffit pour faire rejeter cette opinion. Comment, en effet, supposer qu'une affection dont les symptômes sont si faciles à noter avec précision n'eût pas été décrite d'une manière satisfaisante? Quant aux assertions de quelques auteurs, qui affirment que la variole était connue dans la Chine et dans l'Inde longtemps avant l'ère chrétienne, rien ne prouve leur exactitude.

Le nombre des auteurs qui ont écrit sur la variole est tel, qu'une simple énumération remplirait plusieurs pages. [L'indication qu'on en peut donner doit être nécessairement incomplète. En effet, la description de la variole est une question qui a tenté tous les bons esprits dans les temps modernes, et il n'en est pas sur laquelle les hommes illustres de la médecine aient tant écrit. Parmi les plus célèbres il ne faut pas oublier Sydenham, Van Swieten, Hoffmann, Borsieri, Fernel, Werlhoff. De nos jours, les *Bulletins de l'Académie de médecine* et les *Rapports sur les épidémies* qui ont régné en France (1), seront consultés avec profit par ceux qui voudront étudier la marche des épidémies de variole et la statistique des varioleux. Trousseau a traité des complications de la variole (2).]

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La variole est une affection fébrile, aiguë, contagieuse, dans laquelle se développent, sur la surface du corps, des pustules en plus ou moins grand nombre, et qui a, dans les cas simples, une marche prévue d'avance.

Cette affection a été décrite par Rhazès sous le nom d'*euphlogia;* elle a reçu aussi le nom de *febris variolosa*, de *small-pox* (angl.), de *Pocken* (all.), de *petite vérole*, de *picote*, etc.

[Avant la découverte de l'inoculation et de la vaccine, le nombre des varioleux était considérable. D'après une statistique dressée par la Condamine, membre de l'Académie des sciences, à la fin du XVIIIe siècle, le nombre des gens atteints de la variole en France était d'un septième, chiffre très-élevé. Si l'on veut sortir de la moyenne générale et prendre pour exemple des épidémies particulières, ce chiffre s'élèvera, et il pourra se rencontrer telle épidémie où la moitié de la population a été atteinte de la variole. D'après Grisolle, le chiffre aurait été pour l'humanité tout entière d'un quart. Aujourd'hui la variole sévit encore, et fait trop de victimes, surtout dans les pays où la vaccine n'est pas obligatoire; elle atteint même, en temps d'épidémie, les gens vaccinés depuis un trop long temps. Cette question sera traitée à l'article VACCINE.]

(1) *Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, passim.
(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition, 1865, t. I.

§ II. — Causes.

Cette maladie étant due le plus souvent à la contagion, nous n'avons que peu de nsidérations à présenter sur son étiologie.

1° *Causes prédisposantes.* — *Age.* — Dans la première année, la variole est rare, elle l'est d'autant plus qu'on se rapproche davantage du moment de la naissance; ependant elle peut affecter les enfants nouveau-nés, et on l'a vue même *congénitale.* Lebert, aujourd'hui professeur à l'Université de Breslau, a fait voir à la Société biologie un fœtus de quatre mois environ qui était couvert de pustules varioques. La mère avait fait une fausse couche dans la convalescence d'une variole peu rave. [Les exemples de variole congénitale se sont multipliés depuis quelques nnées. Paul Dubois, Depaul, ont produit plusieurs faits de cette nature. Nonculement la variole peut se montrer à la fois chez la mère et chez le fœtus, mais maladie peut affecter le fœtus sans que la mère (préservée par la vaccination) résente la maladie, et le fœtus peut être préservé, alors que la mère est atteinte e variole. On a vu des fœtus venir au monde avec les cicatrices de la variole, ce ui prouve que la maladie peut ne pas influer d'une façon fâcheuse sur la vie du œtus. Dans quelques cas le fœtus a succombé et il y a eu accouchement prématuré.] Après la première année, la variole devient plus fréquente; mais, d'après es recherches de Rilliet et Barthez (1), c'est après six ans qu'elle se montre le plus ouvent. On peut dire d'une manière générale que la variole est une maladie de 'enfance, qu'elle se produit ensuite d'autant plus rarement qu'on est plus avancé n âge, mais que l'extrême vieillesse elle-même n'en est pas complétement exempte. L'introduction de la vaccine a apporté sans doute de grandes modifications dans l'époque de l'apparition de la variole; mais c'est là une question qui appartient à l'histoire de la vaccination. Nous en parlerons dans un autre article (2).

La variole n'épargne aucune race humaine; les deux *sexes* y paraissent également sujets; mais, sur ce point comme sur l'influence du *tempérament*, de l'*hygiène*, etc., nous n'avons pas de renseignements exacts.

Suivant Serres, une des conditions les plus favorables au développement de la variole, est la *sécheresse*, la *chaleur*, et la *lumière*, et de là la plus grande fréquence et la plus grande violence de la maladie dans les *climats chauds et secs* que dans les *climats froids et humides.* Ces assertions ne sont pas généralement regardées comme parfaitement démontrées.

2° *Causes occasionnelles.* — La cause occasionnelle capitale est la *contagion;* cependant nous voyons tous les jours la variole se produire spontanément et sans autre cause appréciable que cette disposition que presque tous les hommes apportent en naissant pour cette maladie. Nous disons presque tous les hommes, parce qu'il en est toujours un certain nombre qui y sont complétement *réfractaires*, ce qui a été constaté avant la découverte de la vaccine aussi bien que depuis cette époque.

La contagion par l'air, par le contact immédiat, par les vêtements, est généralement admise. Mais quelles sont les conditions les plus favorables à la transmission? A quelle époque de la maladie cette transmission est-elle le plus facile? Quelle est

(1) Barthez et Rilliet, *Traité des maladies des enfants*, 2e édit. Paris, 1853.
(2) Voy. article VACCINE.

la sphère d'action de la contagion? Ce sont là autant de questions sur lesquelles on n'est pas complétement d'accord. Ce que l'on admet le plus généralement, c'est que l'époque à laquelle se développe le principe contagieux est le commencement de la suppuration; que l'existence de ce principe se continue pendant la dessiccation; que le dépôt de la matière purulente et des croûtes sur la peau et sur les muqueuses facilite beaucoup la transmission de ce principe. Quant à l'introduction de ces matières sous l'épiderme, c'est une des causes les plus infaillibles, puisque c'est sur son existence qu'est fondée l'*inoculation*.

[La contagion de la variole est un des faits les plus importants de la médecine moderne. Il a été permis aux médecins d'inoculer la variole et d'étudier ainsi, dans une intention thérapeutique, l'action de ce virus, la durée de l'incubation, la persistance des propriétés virulentes dans les croûtes varioleuses après un long temps. C'est un fait acquis que la variole se transmet par les cadavres, les objets ayant touché les varioleux, par les croûtes varioliques, après plusieurs années. Quant au mode de transmission, on sait que l'inoculation en est le plus sûr moyen, que le contact, que l'habitation au voisinage d'un varioleux viennent ensuite; mais la contagion est tellement active, tellement rapide, qu'il suffit de se trouver même en présence d'un varioleux pour être atteint de la maladie; à ce point de vue il n'y a pas de maladie qui doive attirer davantage la sollicitude de l'administration, et l'on peut s'étonner de l'incurie des personnes chargées de cette partie de l'hygiène publique.]

On a remarqué que bien des sujets sont atteints de la variole peu de temps après la *vaccination;* mais on a vu cet effet se produire chez des individus placés dans un foyer d'infection. Y a-t-il eu autre chose que de simples coïncidences? Il faudrait, pour être bien sûr du contraire, une expérimentation plus rigoureuse que celle à laquelle on s'est livré.

La variole est une des affections qu'on voit le plus fréquemment apparaître sous forme *épidémique*. La cause des épidémies nous échappe complétement. On a remarqué qu'elles commencent souvent au printemps; mais il n'est pas rare de les voir survenir dans les autres saisons.

§ III. — Symptômes.

Pour être exposée méthodiquement, la description de la variole exige que nous divisions cette maladie en *régulière* et *irrégulière*, *maligne*, *compliquée*, etc., comme nous le ferons pour la scarlatine.

1° *Variole régulière.* — Il y a à considérer, dans la variole, l'*incubation*, l'*invasion*, l'*éruption*, que quelques médecins ont divisée en *éruption proprement dite* et en *suppuration*, et enfin la *dessiccation*.

Incubation. — Sa durée offre quelque intérêt. On peut, disent Guersant et Blache, la fixer à 9 jours; mais tous les auteurs sont loin d'être d'accord sur ce point. D'autres, en effet, la fixent à 10 ou 12 jours environ. Du reste, tous conviennent qu'elle varie entre des limites assez larges. Suivant J. Frank, le virus pourrait produire son effet instantanément, et, d'un autre côté, les faits ne sont pas rares où l'incubation a été de 20 et de 25 jours; suivant Rilliet et Barthez, l'incubation est au moins de 3 ou 4 jours, et au plus de 46. [Il ne faut pas oublier que l'inoculation de la variole a été pratiquée pendant de nombreuses

nées au siècle dernier, et que l'on a tenu registre de la période d'incubation dans s cas si favorables à ce genre d'observations. Or l'expérience a montré que la rée moyenne de l'incubation était de 8 à 14 jours.]

Invasion. — Le premier symptôme qui se déclare est un *frisson* plus ou moins pété; quelquefois, néanmoins, il n'y a qu'une sensibilité plus ou moins mar-iée au froid, et, dans quelques varioles très-bénignes, on voit le frisson manquer.

Une *chaleur* ordinairement assez vive, avec tendance à la *sueur*, ou, au con-aire, dans un certain nombre de cas, avec sécheresse de la peau, se déclare bien-t. Dans les premiers moments, elle peut alterner avec les frissons; mais au bout peu de temps, elle devient continue. [Cette tendance à la sueur a été notée par us les bons observateurs comme un signe pathognomonique; elle se manifeste on pas seulement au début, mais pendant la première partie ou période ascendante la maladie, et quelquefois pendant toute la durée de celle-ci. Cette sueur a été onsidérée comme un signe favorable, comme une manifestation régulière et gitime de la maladie, et l'on a noté qu'elle ne se montre pas dans la variole rave.]

Du côté des *voies digestives*, on observe un enduit blanchâtre de la *langue*, la oif, l'anorexie, et, dans quelques cas, des *nausées* et des *vomissements*. On a eaucoup exagéré la fréquence de ces derniers symptômes.

La *constipation* est presque constante dans cette période; les cas où il y a un eu de diarrhée sont de véritables exceptions.

Une *céphalalgie* souvent fort vive, et occupant principalement le front, se ontre ordinairement dès le premier jour, en même temps que se produit la cha-eur, et se continue pendant presque toute cette période.

On note aussi chez un grand nombre de sujets, mais non chez tous, une *douleur ombaire*, parfois très-incommode, dont les malades se plaignent souvent sans u'on leur en parle, et dont l'existence mérite d'être recherchée dans les cas ifficiles.

Rilliet et Barthez (1) ont constaté chez un assez grand nombre de sujets l'exis-ence d'une *douleur abdominale* ayant son siége principal à l'épigastre ou à l'om-ilic, et se présentant parfois sous forme de coliques vives sans évacuations. Ces louleurs ne coïncidaient ordinairement pas avec la douleur lombaire.

Les *forces* sont presque toujours perdues dès le début ou ne tardent pas à l'être; es malades éprouvent des lassitudes spontanées, du brisement, des douleurs con-usives dans les membres.

On a constaté encore, dans un certain nombre de cas, une douleur plus ou moins vive dans le pharynx, douleur qu'il ne faut pas confondre avec celle dont nous parlerons plus loin, et des *douleurs vagues dans la poitrine*. [Les manifesta-ions douloureuses sous forme de névralgie sont variables quant à leur siége et uant à leur caractère. Sans doute, la douleur lombaire ou rachialgie et la céphal-lgie sont des symptômes à peu près constants du début de la variole, mais il peut se rencontrer d'autres douleurs névralgiques. Il n'est pas rare de voir une né-vralgie intercostale, une névralgie de la face quelquefois très-douloureuses, se montrer dans la période d'invasion et donner le change sur la véritable nature de

(1) Rilliet et Barthez, *loc. cit.*, t. I, p. 440.

la maladie. La persistance et l'intensité de la fièvre doivent, en pareil cas, aider au diagnostic. Trousseau a noté la paraplégie qui accompagne quelquefois la douleur lombaire, ainsi que la rétention d'urine qui survient quelquefois en même temps (1).]

Il y a presque toujours de l'*agitation*, de l'*insomnie*, parfois du *délire;* d'autres fois, au contraire, de la prostration, de l'hébétude et de la *somnolence*, et assez souvent ces symptômes alternent.

Dans quelques cas aussi, on observe des *éternuments*, du *larmoiement*, en un mot les symptômes d'un coryza médiocrement intense, ou bien de la *dyspnée* et un sentiment d'oppression. Un petit nombre de sujets est atteint de *convulsions*, tantôt bornées à la face et tantôt générales, ce qui est beaucoup plus rare.

Éruption. — Elle commence ordinairement du deuxième au troisième jour de l'invasion, sous la forme de *petites taches* ou de *petits points* rouges qui bientôt présentent une légère convexité. [Il n'est pas sans importance de rechercher quelle est l'époque où apparaît l'éruption. Sydenham a établi que la variole est d'autant plus confluente que l'éruption apparaît plus tôt. Elle serait donc infailliblement confluente lorsqu'elle se montre le deuxième jour. Elle est au contraire discrète lorsqu'elle apparaît passé le cinquième jour, à plus forte raison si elle apparaît plus tard. Haen a vu une éruption discrète n'apparaître que le quatorzième jour.]

Ordre d'apparition. — Les boutons paraissent d'abord sur le menton, autour des lèvres, puis au front et aux joues, d'où ils s'étendent au cou, au tronc et aux extrémités inférieures. Quelquefois les parties génitales sont les premières sur lesquelles se développent les pustules (surtout chez les très-jeunes enfants); d'autres fois, c'est sur la partie inférieure des reins et sur les fesses qu'on en observe les premières traces; souvent aussi, quand il existe un vésicatoire ou quelques ulcérations à la peau, c'est à leur pourtour que se présente d'abord l'éruption.

Ces petites taches, d'ordinaire très-nombreuses à la face et discrètes sur l'abdomen, s'élèvent peu à peu au-dessus du niveau de la peau, et, dès le lendemain ou le surlendemain, on aperçoit sur le sommet de chacune d'elles un point transparent qui se transforme en une *vésicule superficielle et plate*, dans laquelle s'accumule un *fluide d'abord séreux* et incolore, et puis *trouble* et d'un blanc jaunâtre.

On observe alors simultanément des *pustules* développées *sur les membranes muqueuses* de la bouche, du pharynx, du larynx, des paupières et de l'œil, et même du prépuce ou de la vulve. Ces pustules se présentent sous la forme de petites taches blanchâtres et circulaires; elles offrent ordinairement une petite dépression au centre, qui cependant n'existe pas toujours. Celles de la conjonctive sont beaucoup moins saillantes que toutes les autres. Du côté du pharynx et du larynx, la présence des pustules produit des douleurs qui, dans les cas graves, sont ordinairement assez vives et persistantes.

Pendant trois ou quatre jours, les *pustules de la peau* continuent à se développer; elles s'arrondissent, deviennent dures au toucher, et leur centre offre une *dépression ombilicale* bien plus prononcée que celle des pustules de la vaccine. Comme ces dernières, elles sont environnées d'un *cercle rougeâtre* assez étendu.

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition. Paris, 1865, t. I.

quatrième au septième jour, les pustules prennent une forme hémisphérique ; pus qu'elles contiennent devient plus consistant, et l'aréole inflammatoire qui les oure se dessine davantage. En même temps le *tissu cellulaire sous-cutané se méfie ;* le gonflement occupe d'abord la face, où il est surtout très-marqué aux upières et aux lèvres. Au huitième jour, l'éruption a ordinairement acquis son mmum d'intensité, et l'on voit alors la tuméfaction se manifester aux mains et x parties génitales.

Les *phénomènes fébriles* qui ont précédé l'éruption de la variole *cessent* communément, ou *diminuent* au moins, lorsqu'elle est achevée ; mais ils reparaissent : général du huitième au dixième jour. C'est à cette époque, ou un peu auparaınt, qu'on observe la fièvre secondaire appelée *fièvre de suppuration.* D'ordiire on voit survenir, du septième au huitième jour, une salivation qui dépend la quantité des pustules développées dans la bouche, et qu'on a prétendu autres fois exister sans cette circonstance. Cet appareil de symptômes s'éteint illeurs par degrés au bout de quelques jours. C'est lors de la fièvre secondaire e se montrent la *diarrhée*, la *toux*, le *délire* et les *complications* graves de la riole.

La *température animale* suit les alternatives de l'état fébrile : en général vée, marquant au thermomètre, dans certains cas où l'exanthème est conment, 40 ou 41 degrés centigrades, et, en moyenne, 39°,06 chez les adultes ndral), 38°,75 chez les enfants (1). Elle est à son maximum au début, puis elle isse momentanément, pour remonter ensuite, du cinquième au neuvième jour l'éruption.

Dessiccation. — C'est du neuvième au dixième jour que commence la dessiccaon, et elle se produit en suivant l'ordre d'apparition des pustules, c'est-à-dire mmençant par la face. Lorsque les pustules sont bien isolées, elles ne laissent s échapper le liquide qu'elles contiennent. Celui-ci se dessèche ordinairement ı commençant par le centre, de sorte qu'on voit un *point noir* apparaître dans la pression centrale, puis la couleur noire gagner les autres parties de la pustule, ui devient dure et cassante, ou, en d'autres termes, qui se couvre d'une *croûte oire.* Quelquefois cette croûte se forme sur toutes les parties de la pustule en ıême temps.

Le même mode de dessiccation se montre dans un certain nombre de pustules onfluentes ; mais si celles-ci sont très-volumineuses et groupées en grand nombre ans un très-petit espace, le liquide est tellement abondant, qu'avant de s'être deséchées, les pustules se crèvent et laissent suinter la matière purulente, qui, se épandant sur les parties voisines, forme des croûtes d'abord jaunâtres, puis noiâtres, d'une étendue plus ou moins considérable. Dans ces points, la moindre ression exercée par les draps, le moindre frottement, détache l'épiderme et laisse nu la base des pustules baignée par le fluide purulent. Les pustules isolées peuent, lorsqu'elles sont très-volumineuses, se rompre de la même manière et laisser chapper le liquide ; mais cela est beaucoup plus rare, et lorsqu'on les trouve romues, surtout si l'on a affaire à un enfant, on doit penser qu'elles ont été rompues vec les ongles.

(1) Voy. H. Roger, *Archives générales de médecine*, 1844, t. VI, p. 139.

Sur le tronc et sur les membres, les pustules se dessèchent de la même manière que sur la face, mais quelques jours plus tard.

La dessiccation est précédée de la disparition du gonflement de la peau et du passage de la coloration des aréoles du rouge plus ou moins vif au rouge obscur et violacé.

Sur les points occupés par une inflammation antécédente de la peau, les pustules marchent beaucoup plus vite.

Les pustules des membranes muqueuses disparaissent presque constamment par résolution.

Cicatrisation. — Dans les cas où la variole a été bénigne et discrète, il n'y a pas, à proprement parler, de cicatrisation ; la croûte se détache, il reste une tache d'un rouge brun qui persiste longtemps, puis la peau reprend son aspect normal. Quelquefois seulement, en pareil cas, une espèce de desquamation furfuracée se produit sur ces taches.

Mais lorsque le derme a été plus profondément atteint, il reste, en même temps que la tache brune, une cavité plus ou moins profonde, qui ne disparaît pas en même temps que la coloration morbide, qui devient d'un blanc mat comme un tissu de cicatrice, et qui produit une tache indélébile.

Dans les cas où la variole a été confluente, si, comme cela arrive ordinairement, les pustules et la suppuration ont attaqué profondément le derme, il en résulte des cicatrices irrégulières, blanches, pointillées de noir ; la peau est couturée et les traits plus ou moins fortement altérés.

2° *Variole irrégulière.* — On peut d'abord ranger parmi les varioles irrégulières la *varioloïde* et la *varicelle.*

Il est plus rare de voir manquer la première période de la variole que celle de la rougeole ou de la scarlatine ; cependant on a cité quelques cas de ce genre, et l'on a donné à ces cas le nom de *variole anomale*, ainsi qu'à ceux où l'on aurait rencontré tous les symptômes de la variole sans voir apparaître les pustules. Ce dernier cas a encore été désigné sous le nom de *variolæ sine variolis;* mais, malgré l'autorité de Borsieri, on peut conserver des doutes sur l'existence de cette variété. On doit admettre de nombreuses chances d'erreur dans les cas signalés par cet auteur et par quelques autres qui l'ont précédé.

3° *Variole compliquée.* — Les complications de la variole sont nombreuses; mais on a rangé parmi elles des accidents qui ne sont que les symptômes de la variole elle-même à un degré beaucoup plus élevé qu'à l'ordinaire. De ce nombre sont l'*ophthalmie*, qui peut causer la perte des yeux, et la *laryngite* intense, affections occasionnées par un développement considérable de pustules sur les muqueuses de l'œil et du larynx. Nous en dirons autant du *ptyalisme*, dû à la même cause. Parfois une *otite* intense produit des douleurs violentes, la suppuration et la surdité.

La *gastrite* et l'*entérite*, qu'on voit survenir à une époque plus ou moins avancée de la maladie, sont des lésions secondaires semblables à celles qu'on observe dans le cours de la fièvre typhoïde et des autres affections fébriles graves.

Du côté des *voies respiratoires*, on voit apparaître des bronchites et des pneumonies, mais bien moins fréquemment que dans la rougeole.

Quant à la *rétention d'urine*, à l'*incontinence*, ce sont des symptômes qui se développent sous l'influence du délire.

Quelques *affections cutanées :* l'*érysipèle*, la *rougeole*, la *scarlatine*, la *miliaire*, *ecthyma*, peuvent se joindre à l'éruption variolique. Les cas de ce genre sont rares.

Il est assez commun de voir, après la fièvre de suppuration, survenir des *abcès sous-cutanés* dans diverses parties du corps, et quelquefois la présence de ces abcès rend la convalescence longue et difficile.

Un résultat beaucoup plus grave de la variole est la *résorption purulente* (1).

C'est aussi une conséquence de la maladie que les *gangrènes* des téguments qui se montrent sur les parties qui supportent le poids du corps, et quelquefois dans d'autres points : la face, par exemple.

4° *Variole maligne.* — Un excès de violence dans quelques-uns des principaux symptômes est seul la cause de la forme de la maladie. Y a-t-il une intensité exagérée des symptômes nerveux, c'est la forme *ataxique;* les forces sont-elles profondément abattues, la réaction paraît-elle très-faible, c'est la forme *adynamique*, etc.

5° *Variole hémorrhagique.* — C'est à cette forme très-grave de la variole, correspondant exactement à la rougeole et à la scarlatine hémorrhagiques, qu'on a donné les noms de *variole noire*, *pétéchiale*, *scorbutique*. Une accumulation de sang mêlé ou non de sérosité dans les pustules, des pétéchies, des ecchymoses, des hémorrhagies par diverses muqueuses, et, avec ces symptômes, des accidents généraux très-violents, tels sont les caractères de cette espèce (2). [Pierreson décrit trois formes de variole hémorrhagique : l'ataxique, l'hémorrhagique proprement dite et la typhoïde adynamique.]

6° *Modifications de l'éruption.* — On voit quelquefois les pustules ne renfermer qu'un liquide séreux jusqu'à la fin : c'est la *variole cristalline;* d'autres fois ces pustules restent en partie vides : c'est la *variole emphysémateuse;* ou bien elles ne contiennent pas de liquide et sont résistantes au toucher : *variole verruqueuse;* ou encore elles ont la forme de tubercules cutanés : *variole tuberculeuse.* Il n'est pas certain que le diagnostic de ces variétés, qui n'ont qu'une faible importance, ait été toujours bien exact. [La variole grave est le plus souvent *confluente* et pour quelques auteurs ces deux mots sont synonymes. Trousseau (3) décrit sous le nom de variole confluente les formes de cette maladie qui peuvent entraîner un pronostic fâcheux. Il insiste sur les signes suivants qui se rencontrent en pareil cas : la diarrhée persistante, surtout chez les enfants, tandis que la salivation se produit surtout chez l'adulte; l'accroissement de la fièvre à partir du huitième jour, jusqu'au onzième ou au treizième ; la tuméfaction considérable du visage, des mains et des pieds. La tuméfaction du visage est à son apogée le neuvième jour et décroît le onzième. Parmi les complications qui surviennent pendant la convalescence, outre l'infection purulente, il faut noter les phlegmons et les érysipèles, une éruption furonculeuse, la gangrène. Cette gangrène peut occuper tout un membre ainsi que nous en avons vu plusieurs exemples : on a cité aussi l'albuminurie et le rhumatisme

(1) Voyez article PHLÉBITE.

(2) On consultera avec intérêt la thèse récente de M. Pierreson, sur la *variole hémorrhagique*. Paris, 1862.

(3) *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 1865.

articulaire parmi les maladies consécutives à la variole. La variole paraît favoriser aussi le développement de la phthisie pulmonaire.]

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dans la description des symptômes, nous avons fait connaître la marche si remarquable de la *variole régulière*. Quant aux varioles malignes et compliquées, tantôt l'affection éruptive suit son cours comme dans les cas les plus simples; tantôt il survient des irrégularités qui portent principalement sur la période d'éruption. Celle-ci est plus facile ou plus difficile, plus lente ou plus rapide, sans qu'on puisse poser aucune règle à cet égard.

Willan, Legendre, Rayer, Cléraut (1), A. Tardieu, Odier, Herpin, et plus récemment Hérard (2), ont cité des cas qui démontrent que la marche de la variole est heureusement modifiée par la vaccine concomitante.

La *durée totale* de la maladie est de quinze à vingt jours, et parfois davantage. Plus la variole est confluente et grave, plus sa durée se prolonge. Quant à la durée de chaque période en particulier, nous l'avons donnée plus haut.

La *terminaison* de la maladie est tellement différente, suivant les espèces, qu'on ne peut en rien dire d'une manière générale. La variole régulière peut être *discrète* ou *confluente*. Dans le premier cas, elle ne détermine jamais la mort, à moins de complications. On observe un certain nombre de *varioles confluentes bénignes;* dans ces cas, l'abondance de l'éruption semble annoncer une affection très-grave, mais la fièvre reste modérée; il n'y a pas de symptômes cérébraux, pas de symptômes gastriques graves, et la maladie se termine par une guérison rapide au moment où arrive la période de dessiccation. Dans ces cas, les pustules étaient presque constamment superficielles, et ne laissaient pas de traces. Le plus souvent, au contraire, la variole confluente se termine par la mort, quelque régularité qu'elle ait suivie dans sa marche.

Les *varioles* qu'on a appelées *malignes*, et surtout la *variole hémorrhagique*, sont des affections dont la terminaison funeste est bien fréquente. Quant aux varioles *compliquées*, tout dépend de la complication.

Toutes choses égales d'ailleurs, la terminaison funeste est bien plus fréquente pendant les *épidémies* que chez les sujets atteints sporadiquement. La terminaison funeste a lieu presque toujours dans le cours de la période de suppuration. Les symptômes deviennent de plus en plus graves : il y a du délire, du coma; le pouls est petit, faible, et sa fréquence va sans cesse en augmentant; puis surviennent les soubresauts des tendons, la carphologie; parfois les selles involontaires, la rétention d'urine, et les malades succombent après une plus ou moins longue agonie.

Dans un certain nombre de cas, la lésion cutanée s'est déjà beaucoup amendée, et même la dessiccation a commencé, lorsque surviennent les symptômes précédents, qui sont suivis de la mort au bout d'un temps plus ou moins long. Si les symptômes généraux étaient sous la dépendance des symptômes locaux, comme l'ont avancé quelques auteurs, ils devraient s'apaiser aussi; mais il n'en est rien.

(1) Cléraut, *Du développement simultané de la variole et de la vaccine*, *etc.*, thèse. Paris, 1845, n° 183.

(2) Hérard, *Du développement simultané de la variole et de la vaccine* (*Union médicale*, septembre 1848 et avril 1849).

a variole se reproduit chez des sujets déjà atteints par elle, et qui en portaient traces ; mais ce n'est pas une raison pour ne pas ranger la variole au nombre maladies qui ne se produisent qu'une fois dans la vie. C'est là, en effet, une le qui est bien connue de tout le monde.

§ V. — Lésions anatomiques.

La pustule ne consiste d'abord que dans une vésicule non ombiliquée ; alors iderme seul est opaque et grisâtre, tandis que le liquide est encore transparent. mbilication est due à ce que le centre de la pustule est retenu au derme par un ment qui, suivant Cotugno, est le conduit d'une glande sébacée. Plus tard un duit pseudo-membraneux se dépose sur le derme, au centre de la pustule, sous me de points isolés ; à une époque plus avancée, il résulte de la réunion de ces nts un disque pseudo-membraneux de 1 à 2 millimètres d'épaisseur, ayant la me d'un cône tronqué ; dans certains cas et à certaines époques de la maladie, trouve une saillie du corps papillaire du derme, et dans d'autres des dépressions les érosions, ce qui explique très-bien la présence ou l'absence des cicatrices. vant Gendrin, il existe dans le derme une espèce de tubercule multiloculaire nt les aréoles sont remplies par un liquide diaphane et visqueux (1). Gendrin est seul auteur qui fasse mention de cette lésion.

Les muqueuses des parois buccales, du voile du palais, de la langue, des fosses sales, des conjonctives, du larynx, ne présentent souvent, après la mort, aucune ace de pustules, parce qu'il n'y a pas eu d'ulcération après le détachement de pithélium. Dans le cas contraire, ou bien lorsque l'épithélium n'est pas encore aché, on trouve des érosions ou des taches blanchâtres formées par le liquide rulent accumulé sous l'épiderme. Parfois on voit des suppurations plus étendues nétrer dans les tissus sous-jacents.

[Fernel, Werlhoff, Violante, ont signalé l'éruption interne sur les muqueuses, ns les poumons, les intestins. En 1832 et 1833, Petzholdt observa pendant une démie de variole à Leipzig, des méningites et des péritonites. En 1847, Gos- n (2) a signalé une lésion qui se rencontre quelquefois dans la variole et qui vait pas été encore décrite : c'est l'orchite varioleuse consistant en petits foyers ulents dans la glande séminale. Béraud, en 1859 (3), a complété ces observa- ns et y a ajouté des cas d'ovarite varioleuse.]

Le *sang*, dans la variole, présente parfois une couenne, mais en général une enne peu consistante. Dans les cas où il y a des symptômes d'adynamie, on uve ordinairement le sang noir et liquide. Andral et Gavarret ont observé dans lques cas une légère augmentation de fibrine après la première saignée ; mais e augmentation est très-faible, et, dans les cas où le sang reste liquide, la fibrine u contraire diminué. Quant aux globules, leur proportion était restée la même s les cas analysés par ces auteurs, sauf dans un seul où la variole était hémor- gique.

(1) Gendrin, *Journ. de méd.*, t. XCVIII.

(2) *Bulletins de la Société anatomique*, 1847, t. XXII, p. 107. — *Traité des maladies du cule*, par Curling, traduit de l'anglais par L. Gosselin, p. 278, note. Paris, 1857.

(3) Béraud, *Recherches sur l'orchite et l'ovarite varioleuses* (*Archives générales de méde-*, 1859, 5e série, t. XIII).

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de la variole à sa première période est très-difficile. Les signes sur lesquels peut s'établir la probabilité de l'apparition de la variole sont la céphalalgie, les douleurs lombaires, le vomissement, la fièvre intense, signes auxquels il faut joindre comme commémoratifs utiles l'âge du sujet et l'absence de traces de vaccine; mais on voit combien ces signes sont vagues, et combien de maladies fébriles peuvent les présenter à un degré plus ou moins élevé.

Les affections qui présentent les symptômes les plus ressemblants à ceux de la variole sont la *scarlatine* et la *rougeole*. On la distinguera de la première de ces deux maladies à l'existence des douleurs lombaires et à l'absence de la pharyngite, car on sait que, dans la scarlatine, il n'y a pas de lumbago, et que le pharynx se prend de bonne heure.

Le coryza, la rougeur des yeux, le larmoiement et l'absence des douleurs lombaires, sont les signes différentiels de la rougeole.

Il faut, dès les premiers temps, examiner la bouche et le pharynx : car on y trouve des altérations caractéristiques avant que l'éruption de la peau ait commencé.

Un examen attentif fait toujours reconnaître la variole quand l'éruption a commencé. S'il y a des cas obscurs le premier et surtout le deuxième jour de l'éruption, ce sont des cas rares et exceptionnels, et le doute est de courte durée.

Pronostic. — Le pronostic ne peut être établi qu'en ayant égard à un grand nombre de circonstances. L'âge est une des principales. La variole est très-grave chez les nouveau-nés, à cause de leur état de faiblesse, sans aucun doute. Après la première, et surtout la seconde année, cette maladie devient beaucoup moins dangereuse chez les enfants qu'à un âge avancé. La variole est extrêmement grave dans la vieillesse.

Les renseignements que nous possédons ne sont pas suffisants pour nous apprendre si la variole offre plus de danger chez un sexe que chez l'autre. Chez les femmes enceintes, elle a une grande gravité; elle détermine, en effet, très-fréquemment l'avortement, et menace la vie de la femme. Plus la fièvre est intense, plus la variole est grave : de là le danger des varioles malignes. Les complications sont toujours très-fâcheuses; il n'est pas de cas dans lesquels le pronostic doive être plus grave que ceux où la variole se montre avec le caractère hémorrhagique.

Les cas dans lesquels la variole a fait cesser d'autres maladies, et principalement des névroses, comme la *chorée*, le *hoquet nerveux*, etc., sont exceptionnels.

§ VII. — Traitement.

1° *Traitement abortif.* — *Cautérisation.* — La cautérisation des pustules pratiquée dans le but de les faire avorter, a été d'abord employée par Bretonneau. Suivant Velpeau (1), ce médecin *épointait le sommet des pustules avec une aiguille d'or ou d'argent chargée d'une solution de nitrate d'argent.* Velpeau

(1) Velpeau, *Note sur l'emploi des caustiques*, etc. (*Archives générales de médecine*, 1825, t. VIII).

éfère *épointer d'abord les pustules et les cautériser ensuite avec le crayon de rate d'argent.*

Quant aux résultats de ce traitement, ils ont été les suivants. Si la cautérisation pratiquée du premier au troisième jour de l'éruption, la pustule est éteinte; us tard, elle continue à se développer, mais n'acquiert pas son entier développement et disparaît plus vite. Les pustules cautérisées ne laissent pas de traces. L'acon de ce traitement sur la marche de la maladie et sur son issue est moins évinte; elle a paru à l'auteur avoir une influence favorable.

Serres (1) avait proposé de cautériser les pustules en passant sur elles un pinau de charpie imbibé de la solution suivante :

℞ Eau distillée.......... 30 gram.	Nitrate d'argent.......... 1 à 2 gram.

Dissolvez. Cette opération doit être répétée tous les jours ou tous les deux jours.

Ce procédé est abandonné, la cautérisation ne peut être utile que pour attaquer s pustules qui, comme celles du bord libre des paupières, ne peuvent pas être teintes par les préparations mercurielles.

Toniques mercuriels. — Déjà Zimmermann (2) avait fait connaître la propriété 'a l'*amplâtre de Vigo cum mercurio* d'arrêter le développement des pustules rioliques, et Van Voensel, cité par Briquet, avait constaté cet effet remarquable; ais ces faits étaient tombés dans l'oubli, lorsque Serres entreprit ses expériences a Pitié.

Le traitement consiste à découper l'emplâtre mercuriel de manière à l'appliquer actement sur la peau couverte de pustules. On l'applique dès qu'on est assuré 'il s'agit d'une variole, car plus tôt cette application a lieu, plus elle est efficace. est surtout les pustules de la face qu'on a intérêt à faire avorter; aussi faut-il la uvrir exactement d'un masque qui ne laisse à découvert que les yeux, les narines la bouche. Gariel (3), qui a rendu une compte exact des expériences de Serres, vu que l'emplâtre de Vigo fait avorter les pustules, que même, lorsque les pustules nt pleines de pus, celui-ci est résorbé et l'épiderme ne se rompt pas; enfin que tte résorption, loin de rendre la maladie plus grave, la rend au contraire moins ngereuse. Il résulte des faits observés par Briquet (4) que, lorsque le masque t appliqué du premier au cinquième jour, un certain nombre de pustules disparaissent par résolution, et les autres sont transformées en petites vésicules miliaires peine visibles.

Nonat, Barthez et Rilliet ont employé le même moyen. Nonat est arrivé à des sultats à peu près semblables à ceux que nous venons de mentionner. Barthez Rilliet n'ont pas aussi bien réussi, ce qui est dû peut-être à l'indocilité des fants.

On se demande naturellement quel est le mode d'action de ce moyen. Est-ce la ustraction des pustules à l'action de l'air qui les fait avorter ainsi? Est-ce l'in-

(1) Serres, *Méthode ectrotique*, etc. (*Arch. de méd.*, 1825, t. VIII).
(2) Zimmermann, *Traité de l'expérience*, t. II.
(3) Gariel, *Rech. sur quelques points de l'histoire de la variole*, thèse. Paris, 1837.
(4) Briquet, *Mém. sur l'emploi des topiques mercuriels*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1838).

fluence du mercure? Les expériences de Serres et Briquet ont paru démontrer que c'est la préparation mercurielle qui agit réellement. On a, en effet, recouvert les pustules avec divers autres emplâtres, avec diverses pommades ou solutions, et leur avortement n'a pas eu lieu.

On obtient le même effet avec les *onctions mercurielles.* Il faut que les pustules soient incessamment recouvertes d'une couche de pommade mercurielle de 1 à 2 millimètres d'épaisseur; et comme la pommade simple est trop peu consistante pour qu'on puisse en faire une couche semblable. Briquet propose le mélange suivant :

♃ Onguent mercuriel....... 2 parties.	Amidon en poudre........... 1 partie.

Mêlez exactement.

Pour diminuer la trop grande fluidité du mercure, on met parties égales d'onguent et d'amidon.

Collodion. — Aran a fait connaître à la Société médicale des hôpitaux de Paris (1) des cas dans lesquels une *couche de collodion*, étendue sur les pustules de la face, en a complétement arrêté le développement. Dans un cas que nous avons observé, le collodion, appliqué pendant vingt-quatre heures, avait arrêté le développement des pustules, mais le malade n'ayant plus voulu le supporter, elles ont repris leur accroissement. Le seul inconvénient de ce moyen est d'occasionner une constriction pénible. Il est employé soit pur, soit mélangé avec une petite quantité d'huile de ricin, pour lui donner plus d'élasticité, ou encore avec du noir de fumée, pour le rendre imperméable à la lumière; il a des résultats fort incertains. Souvent les pustules n'ont fait que gagner en largeur ce qu'elles perdaient en hauteur.

Robert Graves (2) s'est servi de la solution de gutta-percha; il cite deux observations dans lesquelles ce topique, étendu sur la face, n'a pas empêché l'éruption, mais seulement les ulcérations qui en sont la suite.

Mentionnons comme topiques : les *lotions froides* sur la face (car c'est toujours la face que l'on cherche à préserver) combinées avec les excitants aux extrémités, des *lotions alcalines*, des *embrocations huileuses.* Larrey a rapporté que, chez les Égyptiens, on prévient les cicatrices de la variole en couvrant la face de *lames d'or;* on a été jusqu'à proposer le *vésicatoire volant.* L'onguent mercuriel doit être préféré.

Vaccin à haute dose. — Eichorn recommande de *pratiquer*, dès que l'on reconnaît les symptômes d'invasion, et même lorsque l'on aperçoit les premières traces des pustules, 40 ou 50 *petites incisions sur la peau, et d'y introduire autant de vaccin que possible.* Ce vaccin doit être pris dans une pustule vaccinale, et non conservé. Eichorn cite des faits très-favorables à cette méthode. Des faits cités par Rayer, Ambroise Tardieu, Herpin, Hérard, etc., il résulte que l'éruption vaccinale a une influence marquée sur la marche de la variole, et que cette influence est favorable; ce qui doit engager le praticien à vacciner, dans les épidémies, même au début de la variole.

(1) Aran, séance du 25 septembre 1850.
(2) Graves, voy. *Bulletin gén. de thérap.*, 30 mars 1852.

2° *Traitement de la variole simple et régulière.* — On donne des boissons émollientes ou acidules à une température modérée ; on tient le malade à l'abri du froid, sans entretenir autour de lui une température élevée ; et ces soins hygiéniques, joints à quelques précautions, comme celle de maintenir le ventre libre, de tenir les malades éloignés du bruit, suffisent dans les cas où la variole est régulière, alors même que les symptômes ont une assez grande intensité.

Depuis Rhazès, un bon nombre de médecins ont proposé d'*ouvrir les pustules* arrivées à l'époque de la suppuration, afin de prévenir les cicatrices. Cette opération se fait principalement à la face. Après avoir ouvert les pustules et en avoir évacué le pus, on les couvre d'applications émollientes ou l'on fait sur elles des lotions tièdes. Van Swieten et J. Frank vantent cette pratique, mais nous n'avons pas en sa faveur ces preuves qui entraînent la conviction. Les *bains simples* ou *émollients* sont donnés dans le but de favoriser la chute des croûtes et de faire cesser les démangeaisons.

Les *onctions* avec l'huile d'amandes douces, avec l'axonge, etc., sont utiles dans le même sens. On doit empêcher les malades de se gratter ; recommandation importante quand il s'agit d'un jeune enfant. Il faut entretenir une grande propreté autour du malade.

Si, au début, la fièvre était très-intense, et la céphalalgie, ainsi que le lumbago, très-vifs, on pourrait pratiquer *une* ou *deux saignées générales* sur un adulte robuste ; mais c'est un moyen qu'il ne faut employer qu'avec prudence. Les *sangsues à l'anus, aux pieds, au cou*, sont quelquefois prescrites lorsqu'il paraît y avoir une forte congestion vers la tête. Dans plusieurs cas où la période de suppuration s'accompagnait de délire violent, Aran (1) a prescrit avec succès des bains tièdes et des préparations opiacées. Des *gargarismes émollients opiacés, astringents*, sont opposés au mal de gorge, suivant sa plus ou moins grande acuité. Herpin (2) a réussi, dans un cas de variole confluente qui, ayant déterminé une éruption très-forte dans l'arrière-gorge, rendait la déglutition impossible, à rétablir cette fonction à l'aide de la *cautérisation avec une solution de nitrate d'argent.*

3° *Traitement de la variole irrégulière, maligne.* — Si les symptômes ataxiques prédominent, on a recours aux *antispasmodiques* (*castoréum, musc, camphre, asa fœtida*, etc.) ; si c'est l'adynamie, on donne les *toniques*, et en particulier le quinquina et les vins généreux ; s'il s'agit d'une *variole hémorrhagique*, on s'abstient de la saignée et l'on administre les *astringents* (la ratanhia en particulier), les boissons acidules et aussi les *toniques.* Si l'éruption se fait très-mal, sans qu'on en trouve la cause dans une complication qu'on puisse combattre, on a proposé de recourir aux *excitants généraux*, à l'action d'une température élevée sur la peau, etc. Mais a-t-on réussi par ces moyens ? (*Voy.* SCARLATINE et ROUGEOLE.)

4° *Traitement de la variole compliquée.* — Les *complications* ne demandent que des moyens bien connus du lecteur, car elles ne sont autre chose que des maladies particulières dont nous parlerons dans les autres parties de cet ouvrage, et qui n'exigent pas d'autre traitement que celui qu'on leur oppose lorsqu'elles sont isolées.

5° *Traitement préservatif.* — Avant la découverte de la vaccine, on avait recours

(1) Aran, *Bulletin gén. de thérap.*, 30 janvier 1851.
(2) Herpin, *Gazette méd. de Paris*, décembre 1848.

à l'*inoculation*, c'est-à-dire qu'on communiquait aux individus non atteints antérieurement par la maladie une variole bénigne. On prenait le pus variolique chez un sujet d'une bonne constitution et ne présentant qu'une variole discrète, sans aucune complication ; on opérait le sujet dans de bonnes conditions de santé, à moins qu'on ne redoutât l'influence épidémique, et l'on tâchait par là d'obtenir une variole bénigne (*voy.* INOCULATION). Toutes les fois qu'on peut se procurer du vaccin, on ne pense pas un seul instant à recourir à ce procédé.

Le moyen préservatif par excellence est la *vaccine.* (*Voy.* VACCINE.)

Quand on est surpris par une épidémie violente, soit qu'on ne puisse pratiquer la vaccination, soit, ce qui est bien rare, qu'on soit réduit à avoir recours à l'inoculation, soit enfin qu'on n'ait à sa disposition ni l'un ni l'autre de ces moyens, l'*isolement* est toujours nécessaire, alors même que les sujets pour lesquels on craint ont été vaccinés; on ne doit laisser auprès des malades que les personnes indispensables pour les soigner. Dans les cas sporadiques, il suffit d'éloigner d'eux les individus non vaccinés.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Traitement abortif.—Cautérisation; méthode ectrotique; emplâtre mercuriel; onctions mercurielles; collodion; vaccination à l'aide de nombreuses incisions (Eichorn); lotions froides; lames d'or, etc.

Traitement de la variole simple et régulière.—Semblable à celui de la scarlatine pour les soins généraux; ouvrir les pustules, les absterger, appliquer sur elles les topiques émollients; bains simples dans la dessiccation; traitement des symptômes lorsqu'ils ont une intensité un peu plus grande qu'à l'ordinaire.

Traitement de la variole irrégulière, maligne, compliquée. — Semblable à celui de la rougeole et de la scarlatine dans les mêmes conditions.

Traitement préservatif. — Inoculation; vaccine; isolement.

ARTICLE II.

VARIOLOÏDE.

La varioloïde n'est autre chose que la variole elle-même, offrant un haut degré de bénignité et plus ou moins modifiée dans sa marche et dans ses symptômes.

La varioloïde a été désignée par quelques auteurs sous les noms de *variole bâtarde, adultérine; varicelle tronquée, variole vaccinique, mitigée; varicelle pustuleuse.*

C'est principalement après la vaccination que se manifeste la varioloïde, et la grande fréquence de la varioloïde n'est pas contestée.

Ayant reconnu l'identité de nature de la variole et de la varioloïde, nous avons peu de chose à dire sur les *causes.* Le même virus les produit toutes les deux; seulement la varioloïde se déclare en particulier chez les individus déjà vaccinés, ou qui ont eu une première attaque de variole. C'est surtout dans les épidémies qu'on voit un très-grand nombre de sujets atteints de la varioloïde.

Symptômes. — En général, les symptômes de la *période d'invasion* sont très-légers; quelquefois ils manquent; rarement ils sont intenses. L'*éruption est remarquable* par le petit nombre de pustules, l'absence de gonflement et de rougeur éry-

mateuse étendue ; par le petit volume de ces pustules, leur prompt développe-nt dans un certain nombre de cas; par leur forme tantôt acuminée, tantôt au ntraire déprimée; et dans un certain nombre d'entre elles, par un arrêt de déve-ppement qui fait que les unes restent papuleuses et les autres simplement vési-leuses.

[D'après Trousseau, c'est dans la variole modifiée surtout que l'on rencontre rtaines éruptions cutanées qui apparaissent le jour ou la veille de l'éruption, qui, simulent l'exanthème scarlatineux. Quelquefois ces éruptions exanthéma-ues sont hémorrhagiques; on voit ce phénomène se produire surtout au pli de ine, sur les cuisses, le bas-ventre. Ces éruptions ne sont point une complication rieuse.]

Mais la modification la plus importante est l'*absence de la fièvre de suppuration* la prompte *dessiccation des pustules*, qui, parvenues en deux, trois ou quatre urs, à leur entier développement, se dessèchent du jour au lendemain, et se cou-ent d'une petite croûte noirâtre qui ne tarde pas à tomber.

La maladie dure de six à douze jours. Aucun moyen actif de *traitement* ne doit être opposé, et l'on peut donner une alimentation rapidement croissante dès e la dessiccation s'est manifestée.

Nous rattachons à la varioloïde la plupart de ces affections désignées sous le nom *fausses varioles*, de *varioles bâtardes*, etc.; et, si nous disons seulement la upart, c'est uniquement parce que, dans quelques cas, on a, par erreur de dia-costic, donné ces noms à des maladies de la peau qui n'avaient rien de commun ec la variole.

ARTICLE III.

VARICELLE.

Si les auteurs sont unanimes pour regarder la varioloïde comme une variole mo-fiée, il n'en est plus de même quand il s'agit de la varicelle. Cependant les faits gnalés par Thomson, Bérard et Lavit (1) me paraissent très-dignes d'attention. ous signalerons les particularités que présente la varicelle, laissant de côté ce 'elle a de commun avec la variole régulière.

[Trousseau professe, à l'endroit de la *varicelle* ou *petite vérole volante*, une opi ion qui n'est pas celle du plus grand nombre des médecins. Il croit la varicelle et varioloïde aussi étrangères l'une à l'autre, que le sont la variole et la rougeole. ndépendamment des caractères anatomiques, il invoque les faits suivants: la va-celle peut régner isolément à l'état d'épidémie, tandis qu'il n'y a pas de varioloïde ns variole; le vaccin et la variole ne préservent pas de la varicelle, et récipro-uement; Delpech a raconté (1845) l'histoire d'un enfant qui avait en même temps la riole et la petite vérole volante. Enfin pour Trousseau la variole *est une maladie uptive à forme bulleuse*, tandis que la variole et ses dérivés sont à forme pus-leuse.]

La varicelle a été décrite sous les noms de *variolæ spuriæ*, *pemphigus vario-ides; chicken-pox*, *swine-pox*, *horn-pox*, *nesles*, *hives* (angl.).

(1) Thomson, Bérard et Lavit, *Essai sur les anomalies de la variole et de la varicelle.* ontpellier, 1818.

Comme la varioloïde, elle se montre principalement chez des sujets qui ont été bien vaccinés ou qui ont eu la variole. C'est surtout dans les épidémies de variole qu'on les voit apparaître.

Symptômes communs. — Les symptômes de la *période d'invasion* sont les mêmes que ceux de la varioloïde : comme dans cette maladie, ils sont généralement très-légers, rarement ils ont une intensité notable.

Symptômes des diverses variétés. — *a. Varicelle à petites vésicules* (*chicken-pox*). — Les vésicules sont d'un petit volume, les unes acuminées, les autres aplaties; le fluide, d'abord transparent, devient lactescent au bout de deux ou trois jours; la démangeaison se manifeste à cette époque, et il y a prompte dessiccation. Au bout de six ou sept jours, en effet, les vésicules se recouvrent de légères écailles brunâtres, qui tombent le neuvième ou le dixième jour. Pendant les deux ou trois jours de l'éruption, on voit des apparitions successives d'un certain nombre de vésicules, de telle sorte que dans un point du corps on les trouve à l'état naissant, tandis que dans d'autres elles sont pleines de liquide transparent, et dans d'autres flasques ou lactescentes, ou déjà en dessiccation.

b. Varicelle à vésicules globuleuses (*swine-pox*). — La seule différence qu'il y ait entre cette variété et la précédente, c'est que les vésicules sont plus grosses et se remplissent promptement d'une assez grande quantité de fluide ; et comme, d'un autre côté, la démangeaison est vive, les malades crèvent souvent ces vésicules en se grattant; de sorte qu'il en résulte des croûtes plus larges, qui persistent plus longtemps, et laissent parfois après elles des cicatricules.

Les principales variétés de varicelles sont la *varicelle papuleuse ou verruqueuse* (*horn-pox nesles*, *varicella solidescens*), et la *varicelle globuleuse proprement dite* (*hives*); mais elle ne mérite pas de description particulière.

La maladie dure huit ou neuf jours; elle peut se prolonger un peu plus longtemps si les vésicules sont rompues.

Le *traitement* ne diffère en rien de celui de la varioloïde.

ARTICLE IV.

INOCULATION.

[L'inoculation, historiquement, a précédé la vaccine. Cette pratique est fondée sur l'observation, et a été en honneur chez des peuples peu civilisés avant de tomber dans le domaine de la science. Il en a été de même pour la plupart des découvertes importantes en thérapeutique. Voici quel est le principe de l'inoculation : donner la variole à un homme sain et à une époque où cette maladie affecte un caractère de bénignité. Etant admis ce fait que la variole est une maladie très-répandue et très-dangereuse, c'est faire preuve de sagesse que de désirer la contracter à une époque où la constitution médicale est favorable, et où l'on est soi-même en pleine santé ; d'autant que l'on n'a la variole qu'une fois en général. Tel était le principe qu'invoquaient les inoculateurs. Ce fut au commencement du XVIIIe siècle (1721) que cette découverte fut introduite en Europe par lady Montague, qui en avait observé les effets à Constantinople. Il paraît que l'inoculation était pratiquée de temps immémorial en Orient, et chez les peuplades voisines de la mer Noire et de la mer Caspienne. Les ravages exercés en Europe par la variole firent accueillir avec enthousiasme

moyen héroïque, et les plus grands personnages donnèrent l'exemple en soumettant eux et leur famille à la pratique nouvelle. C'est l'Angleterre qui entra la première dans cette voie. L'histoire de l'inoculation a été écrite par Sprengel et par la Condamine. Les plus grands écrivains du siècle dernier prêchèrent la doctrine nouvelle, Voltaire, les encyclopédistes en vantèrent les résultats, et ainsi la voie fut préparée à l'inventeur de la vaccine. On pratiquait l'inoculation avec les précautions suivantes : il fallait préparer le sujet, soit par l'abstinence, soit par le régime, quelquefois par une saignée. Ces précautions indiquaient des préoccupations plutôt qu'une connaissance exacte et raisonnée des lois de l'hygiène. On choisissait de préférence le moment d'une épidémie bénigne, mais on était souvent obligé d'opérer sous la pression d'une épidémie meurtrière qui, faisant comprendre la nécessité d'une prompte inoculation, ne laissait pas le temps d'attendre une époque favorable. Cela devait être une cause de variations considérables dans le succès de l'inoculation. Le procédé le plus habituellement suivi consistait en une simple piqûre faite avec la lancette, le plus souvent au bras ou à la cuisse. Une seule piqûre était considérée comme suffisante. Un autre procédé consistait à placer dans la plaie faite à la peau un fil imprégné de pus variolique. Kilpatrick, auteur d'un traité de l'*inoculation* (1), frottait sur la plaie un linge imbibé de virus. Cette opération réussissait presque toujours; cependant il peut se rencontrer des individus rebelles à la contagion. Voici quels sont les phénomènes qui suivent l'inoculation : au cinquième jour apparaît un bouton acuminé et vésiculeux, dont les dimensions croissent jusqu'au neuvième et même jusqu'au dixième jour. Il y a, à cette époque, du malaise, et c'est à ce moment que peut apparaître l'éruption variolique généralisée et plus ou moins intense. La pustule d'inoculation s'entoure généralement d'une auréole de petites pustules vésiculeuses au nombre de quinze ou vingt. On appelle pustule mère la pustule d'inoculation. Elle creuse très-profondément le derme et laisse une cicatrice fortement marquée. Le danger de l'inoculation est dans la possibilité de donner à l'inoculé une variole grave. L'expérience a montré que le plus souvent il n'en était pas ainsi, mais qu'il fallait dans les statistiques faire la part de quelques cas malheureux. Voici quels sont les conseils que donne, en vue de prévenir ces malheureux résultats, le professeur Trousseau qui a répété lui-même ces expériences dans des conditions tout à fait scientifiques (2) : des expériences faites à l'hôpital Necker par Trousseau, ont prouvé que la meilleure méthode était de prendre pour étalon une variole discrète, une varioloïde, de l'inoculer à l'homme sain, puis de prendre du virus sur celui-ci et de l'inoculer à une autre personne, et ainsi de suite, de façon à obtenir une décroissance, une dégénérescence progressive et comme graduée du virus. On pourrait arriver ainsi à produire une variole localisée, sans éruption générale, sans symptômes graves. Ces expériences n'ont pas eu tout le succès qu'on en pouvait attendre. Quoi qu'il en soit, l'inoculation ne doit pas être tout à fait abandonnée, surtout lorsque le vaccin fait défaut, et qu'une épidémie de variole sévit.

« L'inoculation, dit Trousseau, faite en temps d'épidémie, a pour résultat de préserver les individus d'une variole grave, de les mettre à l'abri de la contagion dont il est impossible de mesurer les effets, tandis qu'on peut, jusqu'à un certain

(1) Kilpatrick, *An Essay on Inoculation*. London, 1743.
(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition. Paris, 1865, t. I.

point, mesurer ceux de la maladie qu'on inocule. Si dans quelques circonstances l'inoculation d'une variole discrète a déterminé le développement d'une variole confluente, le fait est exceptionnel. Plus commun aux premiers temps où cette pratique fut introduite en Europe, il est devenu plus rare lorsque les inoculateurs ont eu la précaution de prendre le virus dans les conditions indiquées plus haut, et lorsqu'on lit les écrits que nos prédécesseurs nous ont laissés, on reste convaincu que l'inoculation devenait de jour en jour presque aussi inoffensive que la vaccine (1). »

La méthode de l'inoculation varioleuse a tenté plusieurs de nos contemporains. Robert (de Marseille) a pensé que le vaccin provient de la variole, laquelle serait transmise de l'homme à la vache. Une série de raisonnements l'amena à penser que le virus varioleux mélangé à du lait perdrait une partie de son intensité et servirait utilement à l'inoculation. Des essais furent tentés dans ce sens; Brachet (de Lyon) de son côté fit les mêmes expériences. L'inoculation ainsi pratiquée a donné lieu souvent à une éruption toute locale; quelquefois elle a engendré une éruption généralisée et plus ou moins intense. Si l'on considère que la variole inoculée a quelquefois causé la mort, souvent amené des cicatrices au visage, et habituellement entraîné une sorte d'état morbide, on n'hésitera pas à abandonner l'*inoculation* et à lui préférer la vaccine. Cependant il faut considérer l'inoculation comme une ressource utile quand il y a épidémie de variole et que le vaccin manque.]

ARTICLE V.

VACCINE.

[La *vaccine* (*vacca*) est une maladie éruptive, pustuleuse, transmise primitivement à l'homme par l'inoculation du *cowpox*, pustule qui se développe sur le pis et les trayons des vaches. La *vaccination* est l'opération par laquelle le virus *vaccin* pris sur la vache ou sur l'homme vacciné est transmis sur une personne que l'on veut rendre réfractaire à la variole.

§ I. — Historique.

L'inoculation était devenue une pratique réglementée par l'État ou par les sociétés de propagande hygiénique lorsque le cowpox fut découvert; Jenner lui-même était vaccinateur de son district, et avait recueilli de nombreuses observations sur ce sujet; mieux que personne il était préparé à interpréter ce grand fait voisin du premier, mais séparé de celui-ci par un abîme de préjugés, qu'il eut l'honneur de révéler au monde. C'est en 1796 que Jenner connut et pratiqua l'inoculation du *cowpox* (variole de vache), et en 1798 qu'il fit aux sociétés savantes sa première communication sur ce sujet (2), Pearson d'abord (3), puis Woodville (4), médecin

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition. Paris, 1865, t. I, p. 39.
(2) Jenner, *An Inquiry into the causes and effects of the Variolæ Vaccinæ*, 1798, in-4°. — Further, *Observations on the Variolæ Vaccinæ or Cowpox*, 1799, in-4°. — *A continuation of facts and Observations relative to the Variolæ Vaccinæ or Cowpox*, 1800, in-4°. — *The origin of Vaccine Inoculation*, 1801, in-4°.
(3) George Pearson, *An Inquiry concerning the history of the Cowpox*. London, 1798.
(4) Woodville, *Report of a series of Inoculations for the Variolæ Vaccinæ or Cowpox*, etc. London, 1799. — *Observations on the Cowpox*, 1800.

l'hôpital d'inoculation à Londres, répétèrent ces expériences, et bientôt la pratique en devint générale.

L'invention de la vaccine n'est pas due au seul hasard. « Ceux-là (1) se trompent qui croient que Jenner ne fit qu'accueillir la tradition populaire. Il est bien vrai qu'on disait, dans le peuple des campagnes, que ceux qui, par hasard, avaient pris la picote des vaches étaient exempts de la petite vérole; mais cette croyance flottait vaguement dans l'air, la science la dédaignait, et Jenner lui-même l'aurait laissé passer comme tant d'autres, sans l'inoculation. Jenner prônait partout l'inoculation, quoiqu'elle eût failli lui coûter la vie; mais plus il mettait de zèle à la répandre, plus il s'étonnait de rencontrer des organisations qui lui résistaient. En revenant, dans son esprit, sur cette résistance, il ne tarda pas à s'apercevoir que tous les sujets rebelles avaient cela de commun qu'ils étaient employés dans les fermes à traire les vaches. C'est alors que, rapprochant ses propres observations de la tradition, il s'engagea dans cette longue suite de travaux dont on connaît la fin glorieuse. »

Les grandes découvertes sont presque toujours précédées de quelques tentatives isolées qui indiquent que la question est arrivée à maturité. Il en a été ainsi pour la vaccine. D'après le récit contenu dans la *Lancet* de Londres (1862), Benjamin Jesty, fermier, le premier (1774), inocula le cowpox sur lui-même et sur sa propre famille. John Webb, en 1799, tenta d'inoculer la variole à la vache, afin d'obtenir le cowpox. Jesty était si convaincu de l'innocuité qu'il avait acquise par l'inoculation du cowpox, qu'il consentit plusieurs fois à se soumettre à l'inoculation de la variole, expérience qu'il subit impunément.

§ II. — Origine de la vaccine.

Jenner pensait que le cowpox était la maladie appelée *grease* (eaux aux jambes) transportée du cheval à la vache, et c'était là une opinion généralement répandue de son temps. Cependant on n'en avait pas fourni la démonstration positive. Ces faits ont été repris et expérimentés avec plus de soin dans ces dernières années. En 1856, Pichot (de la Loupe) recueillit le liquide contenu dans les pustules développées sur la main d'un maréchal ferrant qui avait ferré un cheval atteint des eaux aux jambes. Cet homme se trouva rebelle au vaccin (2). En même temps le liquide provenant de ces pustules fut inoculé par le docteur Maunoury (de Chartres) à un enfant; il en résulta une pustule, et avec cette pustule on vaccina trois enfants chez lesquels se développèrent de belles pustules vaccinales; ces enfants servirent de vaccinifères pour plusieurs autres. Une note et deux échantillons du virus furent adressés par ces médecins à l'Académie de médecine le 29 avril 1856. Loy (d'Aislaby), en 1801, avait inoculé avec succès la matière des eaux aux jambes à des hommes et à des vaches (3). Des faits semblables furent observés par Sacco, par Viberg (en Danemark, 1805) et par Ritter (de Kiel) ; en 1860, Sarrans (de Rieumes) et Lafosse, professeur à l'école vétérinaire de Toulouse, purent inoculer

(1) Bousquet, *Traité de la vaccine*. Paris, 1848.

(2) Pichot, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1856, t. XXI, p. 701, 813, 839, 849 ; 1862, t. XXVII, p. 837.

(3) J. C. Loy, *Account of some experiments on the origin of Cowpox*. Witby, 1801, in-8°.

les eaux aux jambes à plusieurs vaches. La question, mieux étudiée aujourd'hui grâce aux travaux de l'Académie de médecine (1860 et 1863), entre dans une phase nouvelle (1).

Depaul a démontré dans la discussion sur l'origine réelle du vaccin (2) que les eaux aux jambes et la maladie dite aphtheuse (Bouley), du cheval, n'étaient autre chose qu'une affection généralisée éruptive de toute la peau et de la muqueuse buccale, analogue, par ses apparences, à la variole. C'est la même maladie qui était dénommée par les vétérinaires et médecins qui observèrent l'épidémie de Toulouse, *maladie vaccinogène*. Cette démonstration de la nature varioliforme de la maladie, justifie l'ancienne expression anglaise de *horse-pox*. Cette maladie vaccinogène du cheval est plus commune qu'on ne le pensait autrefois. Les expériences de Bouley, d'Alfort (1863 et 1864), ont servi puissamment à élucider la question encore obscure, jusqu'à ces derniers temps, de l'origine du vaccin. Reprenant la série des opinions émises depuis Jenner sur la nature de la maladie équine connue sous le nom de *grease*, de *sore-heels*, du *javart* décrit par Sacco, et observant de nouveau et sans parti pris, Bouley a vu que le *sore-heels* et le *grease*, le *javart inoculable* de Sacco, les *eaux aux jambes* inoculables, la maladie équine *vaccinogène* de Toulouse (Lafosse), étaient des formes variées d'une même affection inoculable. Cette inoculation se fit sous ses yeux sur un élève de l'école d'Alfort (3).

On est remonté plus haut et l'on a pensé que la clavelée des moutons n'était autre chose qu'une sorte de variole de l'espèce ovine. Sacco le dit ; Manhelli (1802-1804) et le docteur Legni rapportèrent des cas de vaccination suivie de succès sur des enfants par l'inoculation des pustules recueillies sur des moutons atteints de l'éruption dont il est ici question. Ces faits sont à l'étude actuellement et n'ont pas encore reçu la consécration de l'expérience.

Le vaccin est-il identique avec la variole ? La question ne pouvait être tranchée que par l'expérimentation. Il fallait que l'on pût transmettre la variole de l'homme à la vache ; en 1807, Gasser (de Günsbourg) tenta cette expérience, et réussit. En 1830, Sunderland répéta ces mêmes tentatives avec succès et obtint du cowpox avec lequel plusieurs personnes furent vaccinées. On fut moins heureux en Danemark, en Prusse et en France à cette même époque. En 1839, Thiélé (de Kasan) publiait des faits de cette nature tout à fait probants. Il faisait des incisions au pis de la vache et l'entourait de linges imbibés de pus variolique. Ritter, en 1840, obtint des succès par la même méthode. Trousseau, dans l'historique si complet qu'il donne de ces expériences (4), indique comme ayant inoculé à la vache non plus la variole, mais le vaccin de l'homme, les docteurs Haussmann, Numann, Billing, Magliari, Heim, Zybel, Nicolaï, Leutin, With, Prinz, Bousquet, Steinbrenner, Boutet, Maunoury (de Chartres).

(1) *Vaccine et eaux aux jambes* (*Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 1860, t. XXV, p. 789 et suiv. ; 1862, t. XXVII, p. 854 et suiv. ; 1863, t. XXVIII, p. 553 et suiv.).
(2) Depaul, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1864, t. XXX.
(3) H. Bouley, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XXVII.
(4) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition. Paris, 1865, t. I.

§ III. — Cow pox.

ous décrirons d'après Trousseau (1) les signes de l'éruption (*cowpox* chez la ne).

L'éruption est constituée par des pustules siégeant sur le pis et les trayons de imal. Les pustules consistent d'abord en boutons dont la grosseur varie depuis e d'une lentille, jusqu'à celle d'une fève ronde ordinaire : ils s'élèvent de plus plus; le deuxième ou troisième jour de leur apparition, ils deviennent pustuleux, ont remplis de lymphe incolore, et leur centre commence à se déprimer. D'un nc livide vers leur centre, ces pustules, vers leur périphérie où l'aréole existe , sont d'un blanc rougeâtre ou d'un blanc jaunâtre; c'est alors qu'elles ressem-nt à la pustule d'inoculation variolique. Dans d'autres cas, elles sont d'une cou- argentée ou d'un rouge pâle, d'un jaune rougeâtre, d'un jaune clair. Les rs suivants elles deviennent plus grandes et atteignent souvent la largeur d'une ce de 50 centimes. Dans des cas rares, leur développement est encore plus sidérable; le pis et les trayons présentent quelquefois huit, dix, quinze et vingt tules qui arrivent au summum de leur développement le neuvième ou le dixième r; à cette époque aussi, l'aréole qui, dès la formation de la pustule, formait un eau mince, gagne en étendue ; mais chez les vaches à pis brun ou noir, elle est eine marquée. On constate alors une dureté, un gonflement, une augmentation chaleur et une sensibilité parfois très grande. En même temps augmentent les ptômes généraux : manque d'appétit, agitation, mouvement fébrile; la sécrétion lait se modifie; elle perd de sa qualité, diminue de quantité et se tarit même t à fait. Après le neuvième jour, les croûtes se forment au centre, tandis qu'à ériphérie la lymphe s'épaissit de plus en plus et se change en un pus caséeux. nd elles ne sont pas arrachées, ces croûtes ne tombent que du dix-huitième au gt-quatrième jour et laissent à leur place des ulcérations qui, dans quelques cas, sent profondément les tissus, jusque-là que les trayons des vaches peuvent ber détachés par ces ulcérations qui les ont cernés. D'autres fois il survient des egmons de la mamelle, des abcès qui durent pendant trois et quatre mois. »

a vaccination d'homme à homme parut pendant plusieurs années préférable 'inoculation du cowpox, en tout cas plus facile. On pensait que le cowpox était s-rare et ne survenait qu'accidentellement et dans certaines conditions qu'on pouvait déterminer. On avait presque renoncé à trouver des vaches atteintes de te précieuse maladie; cependant les revers de la vaccination, ou plutôt les mples de variole survenue chez des vaccinés, firent recourir de nouveau au cin type et l'on rechercha le cowpox. En 1812 à Berlin, en 1816 à Brunswick, 1826 et 1830 en Wurtemberg, on put en recueillir. En 1836 en France, une nmission de l'Académie de médecine, composée de Bousquet, Gérardin et Emery, éta les expériences de vaccination directe de la vache sur l'homme (2) Depuis, essais se sont multipliés en tout pays. Aujourd'hui la vaccination par le cowpox rend faveur et devient l'objet de travaux importants.

1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., 1865, t. I. p. 48.
2) Bousquet, *Sur le cowpox découvert à Paris* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, is, 1836, t. V, p. 600).

§ IV. — Développement du bouton vaccinal.

La marche de la vaccine n'est pas absolument la même chez l'enfant, chez l'adulte et chez un sujet revacciné. Chez l'enfant, voici ce qu'on observe. Du troisième au quatrième jour, on commence à voir une légère rougeur qui indique une vitalité plus grande; au niveau de la piqûre, on sent une légère saillie. Au sixième jour, la papule prend la forme ombiliquée, blanchit et s'entoure d'une auréole rouge. Au septième jour le bouton s'agrandit et devient plus saillant et a pour base une auréole dure et d'un rouge vif; le centre ombiliqué apparaît plus nettement et les contours de la pustule blanchissent. C'est généralement vers le huitième jour que la pustule atteint son plus grand développement, rarement au neuvième ou au dixième. Une température froide, un enfant très-jeune et chétif, sont des conditions qui peuvent retarder l'évolution de la pustule vaccinale. Le neuvième et le dixième jour il y a œdème, tension de la peau et rougeur inflammatoire autour des pustules; quelquefois il y a une large plaque saillante comme érysipélateuse. A partir du dixième jour, la pustule se ternit; le liquide y est moins abondant; il y a flétrissure et affaissement, et le cercle inflammatoire prend une teinte jaune. Le douzième et le treizième jour, le bouton prend une teinte brune; il durcit; il se forme une croûte noire dont les bords se détachent peu à peu du derme, et qui tombe du dix-huitième au vingt-cinquième jour, laissant à sa surface une cicatrice enfoncée ronde, qui reste rouge pendant longtemps et blanchit ensuite. Cette cicatrice persiste toujours. Cependant elle peut s'effacer, surtout lorsque le sujet prend de l'embonpoint.

Les phénomènes fébriles sont peu intenses; ils sont à leur maximum vers le huitième jour. Parfois il ne se produit aucun malaise appréciable.

Chez l'adulte, la vaccination produit une pustule plus rapide dans son développement et moins bien formée. Au contraire l'auréole est plus prononcée, plus rouge et prend plus facilement l'apparence érysipélateuse. Il y a plus souvent engorgement des ganglions axillaires et mouvement fébrile.

Chez les revaccinés les mêmes phénomènes se produisent, c'est-à-dire que le bouton vaccinal est développé plus tôt et que la fièvre vaccinale a lieu plus fréquemment.

§ V. — Vaccination chez les adultes.

La plupart des vaccinateurs ont noté que la vaccination donnait de plus beaux résultats chez les enfants que chez les adultes. Suivant Rayer (1), le vaccin peut être inoculé à des individus de tout âge, mais son absorption a lieu plus facilement chez les enfants que chez les adultes. Bousquet, dans son *Traité de la vaccine*, constate que plus on s'éloigne de l'enfance plus l'insertion de la vaccine est difficile, de sorte qu'on est souvent obligé de pratiquer plusieurs fois cette opération avant d'obtenir un résultat, chez un homme adulte. La pustule vaccinale serait moins ombiliquée chez l'homme adulte que chez l'enfant, et l'auréole en serait d'une coloration moins vive. Le docteur Zandyck a publié en 1858 (2) le résultat de ses observa-

(1) Rayer, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques* en 15 vol., t. XV, article VACCINE, p. 511.

(2) Zandyck, *Remarques pratiques sur la vaccination chez les adultes*, broch. in-8° 23 pages. Paris, 1858.

ns sur le même sujet, et a formulé les deux propositions suivantes : 1° La vacci-ion des adultes diffère essentiellement de celle des enfants, par les caractères ysiques des pustules, leur peu de vigueur, le peu d'importance des phénomènes néraux qui accompagnent leur développement; 2° la transmission du vaccin adulte à adulte produit rarement de belles pustules inoculables; il est de toute cessité, pour obtenir un bon succès, de recueillir le fluide sur les boutons d'un une enfant qui offrira les meilleures garanties de santé.

Conditions d'une bonne vaccination. — Le choix de la lymphe vaccinale a une ande importance; « son activité, dit Trousseau, est loin d'être la même à utes les époques de sa durée. Nulle vingt-quatre ou trente heures après l'ino-lation, elle commence à se manifester quarante-huit ou soixante-douze heures à rtir de cette époque; elle est dans toute sa force aux quatrième, cinquième et ième jours, puis elle décroît le septième, pour se perdre ensuite, du onzième au atorzième. »

C'est en général le huitième jour qui est considéré comme fournissant une stule arrivée à son apogée. Cependant il est préférable de recueillir le virus vac-n avant cette époque, dès le cinquième jour. Telle était l'opinion de Jenner, rtagée depuis par un grand nombre de médecins, parmi lesquels Bousquet et ousseau.

De la fausse vaccine. — On a appelé ainsi les produits de la vaccination qui ortent. Il y a des degrés dans la *fausse vaccine;* tantôt la piqûre produit seule-ent une rougeur peu étendue avec démangeaison, sans formation de bouton, ntôt il y a un bouton qui tend à évoluer, mais qui s'éteint sur place. Dans ce rnier cas on peut admettre qu'il y a une manifestation incomplète mais non pas *gative.* Le docteur Lalagade appelle ces boutons avortés *efflorescences vaccinales.* oici la description que donne Bousquet de la *fausse vaccine :* « Tandis que la nne vaccine débute à peine à la fin du troisième jour, la mauvaise, beaucoup us précoce, se montre dès le premier ou le second jour de l'insertion; en sorte l'on peut dire qu'elle s'en sépare dès les premiers jours. Mais ce signe, à lui seul, est pas suffisant pour les distinguer. La fausse vaccine est quelquefois si rapide, l'elle ne fait que paraître et disparaître; d'autres fois elle s'annonce par un petit bercule plus sensible à la vue qu'au toucher. Ce tubercule grandit jusqu'au qua-ième ou cinquième jour, et laisse encore le médecin incertain sur ses suites; ais le lendemain ou le surlendemain, il s'arrête, pâlit et se sèche; d'autres fois il plus loin encore, et dans son rapide développement, il conserve toujours la forme nique et globuleuse, signe certain de la fausse vaccine, comme l'aplatissement, la position de la pustule forment le caractère spécifique de la vraie. Arrivée au atrième ou au cinquième jour, la fausse pustule jaunit, suppure et se sèche. le ne laisse qu'une tache sans profondeur. »

Vaccinelle. — La vaccine produit-elle parfois une éruption généralisée et compa-ble à l'éruption variolique? Quelques faits rares, il est vrai, ont autorisé cette anière de voir. On a appelé *vaccinelle* l'éruption observée en pareil cas. Plusieurs teurs faisant la critique de ces cas, ont pensé qu'il était démontré que plusieurs s personnes vaccinées avaient écorché avec les ongles les pustules vaccinales de ur bras, et s'étaient ainsi inoculé la vaccine en divers points du corps; cela avait u lorsqu'il existait une éruption sudorale qui facilitait ce genre d'inoculation. Il

n'y aurait donc plus là d'éruption spontanée. Il est certain, ainsi que le dit Trousseau (1), que cette inoculation chez un enfant vacciné se fait avec la plus grande facilité du quatrième au dixième jour. Cette expérience a été répétée un grand nombre de fois. Il existe une autre manifestation éruptive, *éruption vaccinale secondaire*, fièvre vaccinale, laquelle paraît vers le dixième jour et ressemble non pas à la varioloïde, mais, ainsi que l'a montré Trousseau, à cet exanthème si commun chez les enfants qui ont un point de suppuration avec fièvre et sueurs abondantes, et que Trousseau a appelé *éruption sudorale*.

Du développement simultané de la vaccine et de la variole, et des modifications qu'exercent ces deux éruptions l'une sur l'autre. Legendre (2) a noté ce qui suit, principalement sur les enfants :

1° Quand une éruption variolique survient un ou deux jours après le développement des pustules vaccinales, c'est-à-dire après le quatrième ou cinquième de l'inoculation, on peut, en général, expliquer cette anomalie apparente par l'existence d'une épidémie régnante, ou par le séjour des individus vaccinés dans un milieu où ils ont contracté, avant d'être vaccinés, le germe de la variole.

2° Quand un enfant est soumis à l'influence de la contagion variolique, la vaccination pratiquée en pareille circonstance semble favoriser l'évolution de la variole.

3° Les enfants au-dessus de quatre ans, vaccinés pendant la période d'incubation de la variole, ne sont, en général, atteints que de varioles modifiées.

4° Si la vaccine exerce une modification avantageuse sur la variole, celle-ci, à son tour, influe e plus ordinairement sur le développement de la vaccine, dont les boutons marchent plus lentement et ne sont accompagnés ni d'aréole aussi marquée, ni d'engorgement sous-cutané.

5° L'influence avantageuse qu'exerce la vaccine sur la variole paraît être d'autant plus marquée qu'au moment de l'évolution de la variole, l'éruption vaccinale est plus avancée et moins modifiée dans ses caractères.

6° La vaccination pratiquée pendant les prodromes ou le premier jour de l'éruption variolique peut réussir, mais ne nous a pas semblé modifier la marche de la variole.

7° Lorsque de jeunes enfants débiles ou affaiblis par la maladie sont soumis à l'influence du contagium variolique, on doit se garder de les vacciner. En effet, la vaccination pratiquée en pareil cas ne paraît propre qu'à hâter l'évolution de la variole, qui, toute modifiée qu'elle pourra se montrer, est toujours à redouter à cause du surcroît de faiblesse qu'elle détermine.

Le docteur Zandyck conclut de quelques expériences qu'il a tentées pendant le cours d'une épidémie de variole et de varioloïde observées en 1848 et 1849, à Dunkerque (3) que : lorsque la variole et la vaccine se développent en même temps chez un enfant bien portant, celle-là seule des deux éruptions qui a la priorité d'invasion influence l'autre, mais n'en est pas influencée ; que, pendant la période d'incubation, il faut toujours vacciner, si la chose est possible ; que la variole est alors le plus souvent modifiée et prend les caractères de la varioloïde ; qu'il faut même

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1865.
(2) Legendre, *Archives de médecine*, 1844.
(3) Zandyck, *Essai sur l'épidémie de variole et de varioloïde qui a régné à Dunkerque en* 1848 *et* 1849, in-8, 65 p. Paris, 1857.

ccciner au début de l'éruption variolique. Ces conclusions s'éloignent un peu de lles qui ont été formulées par Legendre, mais on ne doit pas oublier que Legendre ait recueilli ses observations à l'hôpital des Enfants sur de jeunes sujets débiles. sont là des conditions spéciales dont on devra tenir compte.]

Conservation du vaccin. — Jenner prenait une plaque de cristal poli ayant dans n milieu une petite fossette d'une capacité telle, qu'elle pouvait contenir tout le uide d'un bouton vaccinal; il la remplissait de manière que le fluide fît une légère illie; il humectait une autre plaque de cristal avec le liquide vaccinal, en la pont sur le bouton ouvert, et l'appliquant ensuite sur la première. La difficulté de pas enfermer une bulle d'air avec le vaccin a fait généralement renoncer à ce rocédé.

Un autre procédé consiste à imbiber un morceau de coton ou de charpie de quide vaccinal et à le renfermer, soit entre deux plaques de verre bombées, soit ans un cylindre creux fait avec de la cire et placé entre deux lames de verre Kreyzig).

Bretonneau faisait pénétrer le vaccin dans des tubes capillaires, dans lesquels lle faisait monter par l'action de la capillarité, et fermait ensuite les deux extrémités en les fondant à la lampe.

Fiard se servait de tubes d'un demi-millimètre de diamètre, terminés par une etite ampoule. Il raréfiait l'air de celle-ci par la chaleur de la main ou de la ouche, puis appliquait l'extrémité du tube sur le bouton ouvert; on découvrait ampoule, l'air s'y condensait et le fluide y était attiré.

Ces moyens sont bons, et, en les employant, on a conservé très-longtemps le accin; mais ils demandent des instruments particuliers qu'on n'a pas toujours, et ffrent quelques difficultés. Les suivants sont plus simples et plus généralement mployés.

Pour conserver le vaccin, il suffit, après avoir divisé le bouton en plusieurs oints, et lorsque le liquide se montre en gouttelettes, d'y appliquer successivement les deux faces de la lame d'une lancette, puis de fermer la lancette, en prouisant l'écartement des chas, à l'aide d'un petit linge ou d'une bandelette de paier roulé autour du talon de l'instrument. On a pu en conserver sur des pointes l'ivoire ou d'écaille, et même sur des plumes taillées en cure-dents. Ce procédé est uffisant lorqu'on ne veut pas garder le vaccin très-longtemps. Cependant on a pu n envoyer ainsi à des distances qui exigeaient des voyages de longue durée.

Un moyen plus simple encore, et avec lequel on peut conserver le vaccin plus ongtemps, consiste à poser successivement sur le bouton ouvert deux petites plaues de verre qu'on applique ensuite l'une contre l'autre, en ayant soin que les arties humectées se correspondent. On les enveloppe ensuite d'une feuille l'étain.

Enfin on peut garder des croûtes vaccinales tombées naturellement au dixuitième ou au vingtième jour de boutons restés intacts.

De tous ces procédés, celui qui consiste à enfermer le vaccin entre deux plaques e verre est le plus simple; en outre, il conserve bien la matière vaccinale, et, ar conséquent, il doit être préféré. Cependant si l'on voulait conserver le vaccin endant très-longtemps, les tubes capillaires de Bretonneau et le tube à amoule de Fiard seraient préférables.

[Bousquet conseille la conservation du vaccin entre deux plaques de verre comme le meilleur moyen d'en empêcher l'altération. Cependant ce moyen est loin d'être infaillible. Aujourd'hui encore l'Académie de médecine n'en emploie guère d'autre, et c'est là qu'est le centre vaccinateur de toute la France; c'est de là que part le vaccin envoyé dans Paris et les départements. En Angleterre, on emploie en général le même procédé. De nombreux insuccès ont montré qu'il y avait mieux à faire. On a expérimenté, ainsi que nous l'avons dit, les croûtes vaccinales, et Rigal a fait l'éloge de cette manière de procéder (1). Cependant les exemples de vaccination non suivie d'effet ont fait douter de l'excellence de ce mode de conservation du virus, on en est venu aussi à douter de l'efficacité du virus lui-même, et l'on a dit que le vaccin s'était peu à peu altéré par suite de la multiplicité des transmissions. On a attribué à cet affaiblissement prétendu du virus les cas de varioles survenus chez des gens vaccinés. Deux courants se sont dès lors établis, l'un qui conduirait à rechercher le vaccin initial du *cowpox*, l'autre qui amènerait les observateurs à perfectionner les moyens de conserver intact le vaccin recueilli sur l'homme. Le docteur Lalagade, convaincu que le virus vaccin ne s'est point altéré et qu'il est aujourd'hui ce qu'il était dans les premières années de sa découverte, a mis en usage un nouveau moyen de le conserver (2). Il remarqua que le virus vaccin peu de temps après avoir été recueilli changeait de couleur, devenait moins limpide, qu'il se desséchait alors même qu'il était renfermé dans des tubes fermés à la lampe. Le docteur Bermond avait déjà fait cette remarque en 1808, et comme Rigal, il accordait la préférence aux croûtes. Bousquet dit dans son livre de la vaccine : « Il était démontré pour moi, par la correspondance de l'Académie, que la conservation du vaccin dans les tubes n'est pas de longue durée; les médecins des départements s'en plaignaient. Le désir de les satisfaire et la réflexion me firent revenir aux plaques. » Le moyen proposé par le docteur Lalagade mérite une description spéciale. C'est un instrument auquel l'auteur donne le nom de *io-pompe* (pompe à virus), il se compose d'une boule de caoutchouc vulcanisé traversée par une tige métallique pleine et portant un pas de vis sur toute sa longueur; à son extrémité inférieure s'adapte un tube cylindrique portant une calotte fixe et servant de point d'appui au globe élastique. Une seconde calotte glisse à frottement juste vers la partie supérieure de la tige et se trouve poussée de haut en bas par un écrou ayant la forme d'un disque. Un trou percé à travers la partie du tube qui se trouve dans l'intérieur de la boule sert à en chasser l'air. Un petit bouchon de gutta-percha ferme hermétiquement l'extrémité extérieure du tube et est percé sur toute sa longueur avec un foret d'un trou qui permet d'ajuster à l'appareil des tubes de toute dimension. Pour opérer, on comprime la boule par le rapprochement des deux calottes au moyen du pas de vis, on rapproche l'extrémité libre du tube des goutelettes de virus vaccinal et l'on fait ainsi monter le liquide dans le tube; on peut de cette façon faire exactement le vide et emplir complétement les tubes sans y laisser d'air. On ferme à la lampe. Le docteur Lalagade a éprouvé les effets de ce procédé qu'il déclare supérieur à tous ceux qui sont en usage.]

Conditions dans lesquelles doit se trouver le sujet chez lequel on prend le

(1) J. J. A. Rigal, *Mémoire sur la vaccine et rapport sur les vaccinations pratiquées en 824 dans l'arrondissement de Gaillac.*

(2) Lalagade, *Nouveau procédé de conservation du virus vaccin.* Paris, 1855.

accin. — On prend ordinairement le vaccin chez les enfants forts, vigoureux et e présentant aucune espèce de maladie; cependant on a vu du vaccin pris chez es enfants chétifs produire une très-belle vaccine. En temps d'épidémie, on n'hé-iterait pas à prendre du vaccin chez un sujet faible et même malade, pourvu que a maladie ne fût pas contagieuse, bien que les recherches de Taupin aient prouvé ue, même dans ces cas [nous faisons nos réserves quant à la syphilis], la maladie oncomitante ne se communique pas, et la vaccine est ordinairement très-belle. vant tout, il faut préserver d'une affection épidémique souvent funeste.

Le sujet doit présenter une vaccine peu avancée (du quatrième au huitième our de l'éruption); les pustules doivent être intactes, autant que possible, et le quide doit être transparent et assez visqueux pour que le bouton ne s'affaisse pas apidement, après la piqûre, par suite de l'écoulement brusque du vaccin.

Suivant Dubois, d'Amiens (1), le liquide vaccinal doit être transparent et cris-allin; mais Fiard et Bousquet ont reconnu que cette condition n'est pas indispen-able, et que du vaccin louche et non cristallin peut très-bien s'inoculer.

Conditions dans lesquelles doit se trouver le sujet que l'on vaccine. — La accination est ordinairement pratiquée chez les enfants : elle réussit mieux chez ux qu'à tout autre âge. A une époque trop rapprochée de la naissance, les condi-ons sont moins favorables qu'à deux ou trois mois. Avant cet âge, les enfants sont rop faibles, la fièvre vaccinale peut avoir chez eux des inconvénients, les pustules e développent généralement moins bien; et comme, d'un autre côté, la variole est rès-rare dans les premiers mois, il y a avantage à attendre. En temps d'épidémie iolente, ces considérations ont moins de valeur.

En temps ordinaire, on doit chercher à ne vacciner les sujets que dans de bonnes onditions de santé; cependant la débilité de l'économie et l'existence de maladies hroniques ne doivent pas absolument arrêter. En temps d'épidémie, il faut vac-iner indistinctement tous les sujets non vaccinés, même ceux qui ont des maladies gguës graves.

Pour les *revaccinations*, dont nous parlerons plus loin, il faut, en temps ordi-aire, les pratiquer de douze à quinze ans après la première vaccination; en temps 'épidémie, on doit recourir à cette opération chez tous les sujets qui le désirent. près l'âge de trente ans, ce préservatif devient beaucoup moins nécessaire.

On évite généralement, hors les temps d'épidémie, de pratiquer la vaccination endant les grands froids et les grandes chaleurs. Sauf ces exceptions, toutes les poques de l'année sont bonnes. Il est inutile de préparer les sujets par la diète, es purgatifs, les saignées, les bains. Si la peau est rugueuse, on peut néanmoins donner un ou deux bains.

Procédé opératoire. — L'incision est seulement employée quelquefois dans es cas de variole imminente (2). Le moyen universellement mis en usage consiste dans l'*inoculation par piqûre.* L'instrument dont on doit se servir est une lancette ordinaire, à grain d'orge ou à grain d'avoine. Une aiguille à coudre, une aiguille l'or, une aiguille aplatie et cannelée peuvent servir au besoin, mais ne présentent pas de plus grands avantages. Le *lieu d'élection* pour l'inoculation est le bras à sa

(1) Dubois, *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1838, t. II, p. 595.
(2) *Procédé Eichorn.* Voy. article VARIOLE.

partie externe et supérieure. Cependant toutes les parties du corps peuvent recevoir la vaccination.

Le procédé opératoire varie suivant que le vaccin qu'on emploie est liquide ou qu'il est desséché.

Dans le premier cas, l'opérateur, après avoir préalablement chargé l'instrument de virus vaccin, saisit postérieurement avec la main gauche le bras du sujet; il tend exactement la peau, et avec la main droite pratique la piqûre en introduisant l'instrument sous l'épiderme, dans une direction qui peut être ou légèrement oblique, ou verticale, ou mieux horizontale. Il laisse séjourner un instant la pointe de l'instrument dans la petite plaie, et la retire en lui faisant exécuter de légères oscillations, de manière à bien imprégner de virus la petite solution de continuité. On doit éviter autant que possible de faire écouler du sang en faisant des plaies trop profondes. Ce liquide, quand il sort abondamment, peut entraîner le vaccin avec lui. Il est assez difficile d'empêcher une effusion de sang assez grande quand on vaccine des enfants indociles et pleureurs : la peau s'injecte sous l'influence des cris et de l'agitation, et à peine peut-on effleurer la peau sans faire couler le sang. En pareil cas, on doit avoir soin de pratiquer des piqûres très-superficielles. Nous avons vu plusieurs fois, ainsi que Bousquet (1), des boutons-vaccins se développer régulièrement et avec une grande activité, dans des cas où la lancette avait pénétré à une très-grande profondeur dans la peau et les muscles du bras. La même lancette une fois chargée peut servir à pratiquer deux ou trois piqûres de suite, surtout quand on les fait très-superficielles et avec une grande promptitude. Il nous paraît toutefois plus avantageux, pour le succès de l'opération, d'essuyer et de laver l'instrument après chaque piqûre, et de le charger de nouveau.

Lorsque l'humeur vaccinale est renfermée dans des tubes capillaires, on casse les deux extrémités du tube; on adapte à l'une d'elles un tuyau de paille ou un très-petit tube de verre en forme d'entonnoir, et l'on applique l'autre sur une lame de verre; on souffle très-doucement dans cette paille de façon qu'il reste environ 2 ou 3 millimètres de vaccin dans le tube. Lorsque le vaccin est descendu sur la lame de verre, on l'y reprend avec la lancette, et on l'inocule comme dans la vaccination de bras à bras. On peut aussi prévenir l'altération du fluide-vaccin par le contact de l'air insufflé, en cassant d'abord les deux extrémités du tube, et en divisant ensuite la partie moyenne en deux parties égales, à l'aide du bord aigu d'une pierre à fusil. On a de cette manière deux espèces de petits godets, dans chacun desquels on puise facilement le vaccin avec la pointe de la lancette. Quand on veut se servir du vaccin conservé dans les tubes proposés par Fiard, il suffit de briser la pointe et de réchauffer l'ampoule; le vaccin s'échappe bientôt du tube par le seul effet de la dilatation de l'air; on le reçoit alors sur une plaque de verre ou sur la lancette elle-même.

Si le vaccin qu'on doit employer est desséché sur des plaques, on ne doit retirer les verres de la feuille d'étain qui les enveloppe qu'au moment même de s'en servir. On délaye le vaccin avec une très-petite goutte d'eau ou de salive; on agite quelques minutes la solution avec la pointe de la lancette, jusqu'à ce qu'on n'y rencontre aucune partie solide, aucun grumeau, et que le mélange ait acquis une

(1) Bousquet, *Nouveau traité de la vaccine et des éruptions varioleuses*. Paris, 1848, p. 158.

nsistance mucilagineuse; on en charge ensuite la pointe de l'instrument, et l'on rocède à l'insertion comme il a été dit plus haut. Lorsque le vaccin a été desséché r des fils, on les place sur une petite plaque de verre, et, à l'aide d'une petite outte d'eau froide, on délaye la matière vaccinale comme il a été indiqué ci-essus. Si l'on fait usage d'un morceau de linge imprégné de vaccin, il suffit de otter à plusieurs reprises sur ce linge la lancette humectée d'eau, et elle se harge ainsi de virus. Quand on emploie des lancettes non oxydables, d'or, d'écaille d'ivoire, etc., on conseille de faire la piqûre avec une lancette ordinaire, et insérer ensuite dans la plaie la lancette chargée du vaccin desséché. Peut-être rait-il plus convenable de délayer préalablement le vaccin sec; on éviterait ainsi s insuccès, qui sont ordinairement le résultat de ce mode d'inoculation. Quand n se sert des croûtes vaccinales, il faut avoir bien soin d'enlever, comme le ecommande Sacco (1), une lamelle très-mince, résultat de dessiccation d'une outte de pus formée au centre de la pustule. On délaye la croûte avec un peu eau froide, jusqu'à son entière dissolution, et l'on procède à la vaccination comme ous venons de l'indiquer.

On laisse sécher les petites plaies, et l'on évite seulement ensuite de les mettre n contact avec de la laine ou des chemises d'un tissu trop grossier, de tenir le ras serré dans un vêtement trop étroit. Il n'est pas plus nécessaire de faire suivre n régime aux sujets inoculés, de les empêcher de quitter leur lit ou de prendre air au dehors, à moins que la température extérieure ne soit très-basse. La vac-ine se développe sans qu'on ait besoin de recourir à toutes ces précautions. S'il urvient un mouvement fébrile au huitième ou dixième jour, et que l'accès inflam-atoire soit trop intense, on diminuera la quantité des aliments et l'on prescrira uelques boissons rafraîchissantes. Dans le cas où les pustules viendraient à s'ul-érer, on emploiera les émollients et les moyens propres à hâter la cicatrice. Mais l'ulcération a lieu avant le septième jour, il sera prudent de procéder plus tard une nouvelle vaccination; car il y a lieu de craindre que la première ne soit pas réservative. Quant à l'usage des purgatifs après la vaccination, il est plus sage d'y enoncer, à moins d'indications très-évidentes ou de complications qui puissent en notiver l'utilité.

§ VI. — Degré d'efficacité de la vaccine.

La vertu préservatrice de la vaccine est-elle absolue ou temporaire? — L'ob-ervation des épidémies prouve qu'il y a des vaccines qui sont et restent un pré-ervatif aussi parfait que la variole elle-même. Cette même observation des faits évèle en outre que le nombre des vaccines véritablement et constamment préser-atrices a toujours été bien supérieur au nombre de celles qui ne le sont pas; mais lans l'épidémie de Marseille, qui n'a pas encore été égalée pour la gravité et pour 'intensité, depuis la généralisation des vaccinations, on a compté sept fois et demie plus de vaccinés âgés de dix à trente ans chez lesquels la vaccine s'est montrée préservatrice, qu'on n'a vu de vaccinés du même âge chez lesquels la préservation a fait défaut. Dans d'autres épidémies moins intenses, la proportion des préservés est restée encore bien plus élevée, et aujourd'hui il y a déjà un grand nombre de

(1) Sacco, *Traité de vaccination*, trad. par J. Daquin. Paris, 1813, p. 222

vaccinés qui ont dépassé l'âge de trente à trente-cinq ans, et qui ont passé par des épidémies répétées de variole sans éprouver aucune influence pernicieuse : de sorte que leur vaccine peut être regardée comme définitivement préservatrice, parce qu'elle les a protégés jusqu'à cette limite de l'âge où le danger de la variole s'évanouit de lui-même. Il faut donc admettre (et c'est un grand sujet de tranquillité) que la grande majorité des vaccinés se trouve réellement préservée de la variole; mais en même temps nous ne pouvons nous dissimuler qu'une minorité d'un chiffre imposant ne jouit pas des mêmes bénéfices d'une vaccine également présumée bonne. Le danger est assez réel pour éveiller de justes sollicitudes et faire craindre la variole à chaque vacciné.

Comme causes de cette non-préservation, on trouve d'abord l'absence de réaction générale après la vaccination, bien que les pustules se soient montrées avec tous leurs caractères; en second lieu, le non-développement de ce que l'auteur appelle la *réceptivité*, au moment où l'on a vacciné l'enfant, réceptivité qui pourra se produire plus tard; ensuite certains états de l'organisme, certaines maladies qui ont pu s'opposer à l'inoculation, et qui plus tard, disparaissant, laissent le malade exposé à la contagion; enfin l'insuffisance, chez un certain nombre de sujets, d'un virus vaccin affaibli.

Ainsi, dans presque tous ces cas, il est impossible de reconnaître si la vaccine est ou n'est pas préservatrice, et rien n'autorise à admettre que la réceptivité, pour nous servir de l'expression employée par l'auteur, a été détruite et s'est reproduite ensuite. Il est des cas (et l'on en a cité un certain nombre) dans lesquels, la vaccine ayant été tout à fait normale, au bout d'un certain temps, qui est ordinairement de plus de dix ans, la variole a été contractée. La préservation procurée par une première vaccination, bien qu'incomplète, n'existe pas moins à un certain degré, puisque, chez les sujets affectés après vaccine, la mortalité a été beaucoup moins grande, et si la vaccination n'a pas pu empêcher la contagion, du moins elle a eu encore une influence marquée sur l'intensité de l'affection et sur sa terminaison.

[Le rapport présenté au ministre de l'agriculture par l'Académie de médecine sur les vaccinations pendant l'année 1854, par Bousquet, rapporteur, contient sur la statistique mortuaire, par rapport à l'influence de la vaccine, le passage suivant : « C'est par l'accord de tous les documents qu'il est démontré que, depuis le siècle passé, la mortalité s'est considérablement atténuée à toutes les périodes de la vie; que particulièrement de vingt à trente ans, âge auquel, d'après les anti-vaccinateurs, la variole, d'abord vaincue, exercerait de mortelles représailles, le danger de mort a diminué d'environ un quart. Aujourd'hui 1000 hommes de vingt à trente ans ne fournissent que 10 à 11 décès, tandis qu'autrefois le même nombre de sujets en donnait au moins 13 ou 14. Et les autres âges sont beaucoup plus favorisés que celui-ci. »

Le docteur Bertillon, dans un livre destiné à réfuter les objections faites contre la vaccine (1), démontre, à l'aide d'une *étude des mouvements de la mortalité à chaque âge depuis un siècle*, que la vaccine a diminué la mortalité. L'auteur s'est appliqué à poursuivre surtout et à combattre l'opinion erronée émise par quelques médecins et défendue par Carnot, relativement à l'influence néfaste exercée par la vaccine. Ce dernier auteur avait tenté d'établir à l'aide de documents statistiques

(1) Bertillon, *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine*. Paris, 1857.

la vaccine augmentait le chiffre de la mortalité, et avait construit sur cette née une théorie inacceptable; il s'agissait de la dégénérescence de l'espèce maine sous l'influence de la vaccine, de la métamorphose de la variole en fièvre hoïde, etc. Ces erreurs ont été combattues et réfutées par de nombreux auteurs, che, Bretonneau, Bousquet, Barth, Aran, Perrin, Druhen, Dechambre, Bertin, rot, etc.; elles ne trouvent plus aujourd'hui de défenseurs.

Suivant l'expression du docteur Lalagade, d'Albi (1), une seule vaccination est uffisante pour satisfaire les aptitudes varioliques de tous les vaccinés pendant te leur vie. Déjà, en 1807, Brown proposait la revaccination, et Husson, rapteur du comité central de vaccine, écrivait en 1810, que l'effet préservatif de la ccine s'était trouvé en défaut dans quelques cas et que la petite vérole s'était dépppée sur des sujets vaccinés. Peu à peu les exemples de cette nature se multirent, à tel point qu'il devint impossible de méconnaître la nécessité de la recination. Sans doute, on pouvait soutenir que la variole était bénigne alors 'elle se développait chez des sujets vaccinés, qu'elle n'était alors que *varioloïde*, iole modifiée, et que le vaccin avait créé pour ainsi dire une nouvelle petite ole, la varioloïde. Mais il y eut des cas de mort authentiques et en grand nombre. ne pouvait plus dès lors être question de maintenir la doctrine de l'efficacité éfinie du vaccin. Bousquet, faisant l'analyse des faits recueillis pendant diverses démies, a montré mieux que personne que le vaccin était faillible et qu'il fallait acciner, contrairement à l'ancienne opinion de Jenner, de Woodville, de Pearson, Sacco. Les observateurs contemporains, parmi lesquels nous citerons Bousquet (2), che et Guersant (3), ont admis que le vaccin inséré dans l'organisme a une rée préservatrice limitée, qu'il perd graduellement sa force.

L'insuffisance d'une seule vaccination pour satisfaire les aptitudes varioliques de s les vaccinés pendant toute leur vie est un fait avéré. Nous empruntons en nde partie les détails qui suivent à l'excellent mémoire de Lalagade (4).

« La revaccination donne de vrais boutons de vaccine, des boutons préservateurs la petite vérole. L'éruption vaccinale ne se comporte pas toujours de la même on à la seconde vaccination qu'à la première. Les signes, soit locaux soit génénx, ne suivent pas tout à fait la même marche, à quelques exceptions près, chez revaccinés que chez les vaccinés et surtout chez les enfants. Ainsi dans la vacne supplémentaire, les pustules apparaissent, en général, douze, quatorze heures s tôt; rarement elles sont en retard. Le blanc nacré des boutons est moins éclant; la partie ombiliquée est moins accentuée. L'auréole est plus étendue, plus flammée. Chez les vaccinés, l'inflammation est mieux circonscrite, et bien moins igante. Chez le revacciné, la suppuration et la dessiccation arrivent plus tôt. La oûte plus brunâtre s'arrache plus vite et plus facilement; elle laisse une cicatrice ui, quoique caractéristique, n'est point aussi profonde et aussi indélébile. On a un rus également limpide, également visqueux, mais moins abondant. Quant aux mptômes généraux, ils sont de beaucoup plus prononcés dans la vaccine secon-

(1) Lalagade, *Études sur la vaccination*. Paris, 1856.

(2) Bousquet, *Nouveau traité de la vaccine et des éruptions varioleuses ou varioliformes*. aris, 1848.

(3) Guersant et Blache, *Dictionnaire de médecine, ou Répertoire général des sciences édicales*. Paris, 1846, t. XXX, art. VACCINE.

(4) Lalagade, *Études sur la revaccination*. Paris, 1856, chap. II.

daire. Souvent les vaccinés ne souffrent pas. Les revaccinés éprouvent quelquefois une fièvre intense avec engorgement axillaire.

» La fausse vaccine ne produit que des boutons acuminés vésiculeux qui occasionnent des démangeaisons et se sèchent promptement.

» Les vaccinations *négatives* sont la négation pour le moment de toute récidive vaccinale.

» Quand il n'y a pas place pour la vaccine, il n'y a pas place pour la petite vérole, son équivalent. »

D'après Lalagade (1), il faudrait reconnaître trois catégories de faits dans la revaccination : 1° la revaccination positive; 2° l'efflorescence vaccinale, preuve d'un effort, d'une tendance vers la vaccination. Chez les revaccinés de cette catégorie, il y a peu de rougeur autour des piqûres et commencement de pustules qui avortent. C'est, dit cet auteur auquel nous empruntons le tableau suivant, un commencement de retour à la récidive vaccinale, une preuve que la semence première épuise son action et qu'elle aura bientôt besoin d'être renouvelée.

Revaccination avec indication de l'âge des revaccinés.

Age des revaccinés.	Succès complet.	Efflorescences vaccinales.	Résultats négatifs	Total des revaccinés.	Succès complets proportionnels.
De 5 à 10 ans.....	19	23	175	217	0,08
10 à 15 ans.....	150	42	132	324	0,46
15 à 20 ans.....	160	17	158	335	0,47
20 à 25 ans.....	238	32	203	473	0,50
25 à 30 ans.....	104	15	89	208	0,50
30 à 35 ans.....	81	14	69	164	0,49
35 à 40 ans.....	26	9	63	98	0,26
40 à 45 ans.....	12	5	78	95	0,12
45 à 50 ans.....	13	3	85	101	0,12
50 à 55 ans.....	5	3	41	49	0,10
55 à 60 ans.....	6	2	58	66	0,09
60 à 65 ans.....	2	1	29	32	0,06
65 à 70 ans.....	4	0	35	39	0,10
Résultat général...	820	166	1215	2201	0,37

Plus d'un tiers de succès.

A quel âge convient-il de pratiquer la revaccination? — Cela ne peut pas être déterminé avec une exactitude parfaite, mais on sait, d'après les statistiques, que plus on s'éloigne du moment de la première vaccination, plus les cas de variole se multiplient et plus l'aptitude à la revaccination devient évidente. D'après Bousquet, c'est à partir de 10 ou 12 ans que commence l'opportunité de la revaccination; elle augmente à 15, elle n'est jamais plus grande qu'entre 20 et 30. Pour d'autres auteurs (Lalagade), la puberté et l'adolescence sont les époques les plus favorables à la revaccination. Il ne faut pas s'en tenir toutefois à cette donnée théorique, et il faut revacciner le plus souvent possible et pratiquer cette légère et utile opération indistinctement sur tous les sujets et à tous les âges, en temps d'épidémie.

L'expérience a montré que les sujets qui étaient le plus aptes à la revaccination, étaient ceux qui présentaient plusieurs cicatrices bien marquées de la première vaccination. En sorte que le succès d'une première vaccination ne prouve pas la préservation indéfinie de l'individu contre la variole, mais prouverait au contraire

(1) Lalagade, *Études sur la revaccination*. Paris, 1856, chap. II.

itude particulière qu'il présente pour la variole et pour la récidive vaccinale.
es sujets chez lesquels le vaccin n'a pas eu de prise, sont-ils rebelles à la conta- rariolique? — Il en serait ainsi d'après le plus grand nombre des observateurs. a noté en outre que si ces personnes sont atteintes par la variole, la maladie ete chez elles un caractère particulier de bénignité.

Les varioleux sont-ils à l'abri d'une récidive, et est-il utile de les revacciner? — récidive de la variole est un fait qui se présente assez fréquemment. Tous les decins qui ont étudié la variole l'ont noté. Les épidémies qui ont sévi, à Paris, uis une quinzaine d'années, nous ont permis d'observer plusieurs cas de variole fluente suivie de mort chez des malades qui portaient des cicatrices d'une ienne variole. Le docteur Lalagade, sur quatre-vingt-quatre sujets portant les ces d'une ancienne variole et qu'il revaccina, obtint dix-huit succès complets. st donc certain qu'il y a lieu de revacciner les varioleux.

Emploi du vaccin comme moyen chirurgical. — Le vaccin a été employé uti- ent pour la cure des *nævi* et tumeurs érectiles. Hodgson, Earle, Comming conisèrent ce moyen, et un grand nombre de médecins français en ont fait ge; il nous suffira de citer parmi ces derniers Baudelocque, Rayer, Velpeau, squet, Guersant, Legendre, Blache, Marjolin, Laboulbène, qui ont publié des ervations sur ce sujet. Voici quel est le but de cette opération. Étant donné un et qui porte une tumeur érectile d'un médiocre volume, s'il n'est pas vacciné, est préférable de choisir précisément pour siége de la vaccination la tumeur ctile, afin d'y produire les pustules qui la détruiront en partie et en amèneront cicatrisation. On peut faire un grand nombre de piqûres sur ces tumeurs, et r éviter l'hémorrhagie on se servira d'une aiguille fine.

La vaccination peut-elle transporter une maladie d'un homme à un autre ? — tte question a été fort débattue. Elle a reçu, en ce qui concerne la vérole, une ution affirmative ainsi qu'on le verra dans ce chapitre, et cette solution est due es travaux tout à fait récents. Husson (1) pensait que le vaccin est, *sui generis*, jours semblable à lui-même, et se renouvelle indépendamment des circon- nces maladives de l'individu sur lequel il est inoculé. « Je l'ai, dit-il, développé r des sujets dartreux vénériens ; je l'ai repris sur ceux-là pour l'inoculer à s sujets parfaitement sains, et je n'ai pas reconnu qu'il ait produit sur eux plus léger symptôme d'affection dartreuse, syphilitique, etc. Bousquet expri- it la même opinion en disant : « De même que le virus rabique ne peut nner que la rage, de même le virus vaccin ne peut donner que la vaccine te seule. » Bousquet avait raison sans doute, mais il supposait un vaccin idéal, un vaccinateur qui serait certain de ne rien emprunter de sa substance propre, son sang, au vaccinifère. Heim, Steinbrenner (2) professaient la même doctrine, c Rayer, Moreau, Velpeau, Rostan, Chomel, et en effet on ignorait alors qu'on sait aujourd'hui. En vain, Ricord a contesté les faits nouveaux qui étaient désaccord avec ses opinions relativement à la vérole. Ces faits sont acquis désor- is, ils sont démontrés scientifiquement, et dès lors toute discussion doit cesser. Nous mentionnerons, à titre de renseignements historiques, les noms de quel- es médecins qui avaient essayé *sans résultat* des expériences de ce genre, et qui

(1) Husson, *Recherches historiques et médicales sur la vaccine.* Paris, 1803.
(2) Steinbrenner, *Traité sur la vaccine.* Paris, 1846.

n'avaient pas pu observer la vérole transmise par la vaccination : ce sont Bidart, Heymann, Taupin. Le docteur Sébastian (de Béziers) a été mieux servi par l'expérimentation. Un observateur qui a doté la science d'une foule de faits relatifs au vaccin, le docteur Lalagade, a inoculé le vaccin pris sur des gens atteints de diverses maladies réputées contagieuses, afin d'étudier la question qui nous occupe, notamment sur des sujets atteints de rougeole, de dartres. De ces expériences il résulterait que, si en temps d'épidémie, la vaccine prise sur un sujet rubéolique ne donne pas la rougeole, elle ne la prévient pas. Quant aux dartres, il n'y aurait pas de contagion. L'auteur n'a pas observé la transmission de la syphilis. Ces expériences, du reste, n'ont pas été faites dans des conditions qui permettent d'en tirer une conclusion suffisamment motivée. La constitution du sujet vaccinifère est sans doute importante à considérer, en ce sens qu'il vaut mieux avoir affaire à un sujet très-jeune, vigoureux, sain, portant de belles pustules, qu'à un sujet débile et valétudinaire. C'est ici que se place une question délicate sur laquelle le public a eu raison contre les médecins, et dont la solution ne s'est produite que depuis quelques années. Nous voulons parler de la vérole transmise par le vaccin.

§ VII. — Syphilis vaccinale.

C'est à Viennois (de Lyon) que revient le mérite d'avoir appelé l'attention des médecins sur ce sujet, et d'avoir groupé les faits de syphilis vaccinale épars dans la science (1). De nombreux expérimentateurs, reproduisant artificiellement ce que le hasard avait produit, ont démontré que la vérole pouvait se transmettre du vaccinifère au vacciné, lorsque le premier était atteint de cette maladie à l'état actif. Viennois a rassemblé un nombre considérable de ces faits. Dans une discussion toute récente (1864-1865) à l'Académie de médecine, une commission nommée pour examiner cet ordre de faits, a, par la plume de Depaul, son rapporteur, résumé cette question (2), et donné une sanction officielle à cette découverte, en même temps qu'elle enseignait les moyens de prévenir les sujets vaccinés contre un pareil danger. Parmi les exemples les plus probants, nous citerons celui qui est rapporté par le professeur Barbantini (de Lucques), et où l'on vit sur 46 enfants vaccinés avec le vaccin pris sur un même sujet, le plus grand nombre être atteints de syphilis, et quelques-uns transmettre cette affection à leur nourrice ; 19 de ces enfants moururent des suites de la maladie ou du traitement. Le professeur Cerioli rapporte (1860, Viennois) qu'un enfant né de parents vérolés servit à vacciner soixante-quatre personnes qui furent contaminées ; huit enfants et deux femmes succombèrent. Un journal de Berlin (3) contient le récit d'une semblable infection syphilitique transmise par un enfant vérolé vaccinifère à dix-neuf personnes. Un autre exemple analogue est rapporté par le docteur Hübener, de Bavière. Plusieurs cas observés en France se trouvent également rapportés tout au long par Viennois.

(1) Viennois (de Lyon), *Archives gén. de médecine*, 1860, juin, juillet et septembre. — Voyez aussi Diday, *Gazette médicale de Lyon*, 1860, n° 19.

(2) Depaul, *De la syphilis vaccinale*, projet de rapport à présenter à S. Exc. M. le ministre de l'agriculture, du commerce et des travaux publics, au nom de la commission de vaccine (*Bulletin de l'Académie impériale de médecine*. Paris, 1864, t. XXX, p. 135).

(3) *Medicinische Zeitung*, avril 1850.

rousseau a observé à l'Hôtel-Dieu un cas de syphilis vaccinale (1). Hérard (2) hassaignac ont communiqué à la Société de chirurgie et à l'Académie de méde- deux faits semblables. De tous les exemples récents, il n'en est pas de plus pant que le fait de Rivalta (1861) (3), où l'on voit soixante-trois personnes inées avec du vaccin provenant d'un sujet en puissance de vérole. Quarante- sur soixante-trois présentèrent des traces d'infection syphilitique. En 1864-65, nois (de Lyon) a communiqué à l'Académie de médecine deux nouveaux faits aussi probants que les précédents et accompagnés de réflexions propres à lever les doutes (4).

our la discussion relative au virus syphilitique, à ses diverses manifestations et transmission, nous renvoyons le lecteur à l'article SYPHILIS.

l nous suffira de dire que le sujet vérolé peut n'avoir pas de manifestations très- arentes de la vérole, qu'il n'est pas nécessaire que la lancette soit introduite en point où existe un produit syphilitique, tel que chancre, bubon, papule ou plaque queuse, ecthyma, ulcère, gomme, etc.; que la syphilis est transmissible pendant période initiale, pendant la période d'incubation peut-être (pour les nouveau-), pendant celle des accidents secondaires, et qu'elle est transmissible par le sang me du vérolé. On a discuté pour savoir si le sérum seul de la pustule vaccinale sur un sujet contaminé peut transmettre la vérole. Cette question n'est pas ée, la solution en est douteuse. Quant à l'inoculabilité par le sang, le fait est tain. Il résulte de là la nécessité de prendre la précaution de vacciner en tous avec le sérum sans faire saigner le vaccinifère en ponctionnant la pustule. Il t bien choisir le sujet sur lequel on recueille le vaccin, et l'examiner tant à la u que dans la bouche, afin de s'assurer qu'il n'a pas de manifestation syphili- ue; il faut refuser les sujets de provenance suspecte, non-seulement lorsqu'ils vent servir de vaccinifères, mais encore lorsqu'ils sont mélangés aux sujets que n doit vacciner en même temps. Il faut, autant que possible, ne prendre pour ccinifères que des enfants ayant dépassé l'époque où peut se montrer la syphilis éditaire d'une façon très-nette, c'est-à-dire avant l'âge de quatre ou cinq mois. syphilis héréditaire est rare au moment même de la naissance, mais elle est elquefois prompte à se montrer chez le nouveau-né. Voici sur ce sujet une sta- ique recueillie par Diday (de Lyon), et qui montre quelles sont les limites d'âge ns lesquelles se montre habituellement la vérole héréditaire. Sur 158 cas, la role s'est déclarée :

Avant un mois révolu depuis la naissance..........	86 fois.
— deux mois — —	45
— trois mois — —	15
A quatre mois — —	7
A cinq mois — —	1
A huit mois — —	1
A un an — —	1
A deux ans — —	1

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition. Paris, 1860.
(2) Hérard, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1863, t. XXVIII, p. 1189.
(3) Albertetti, *Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1861, p. 779, extrait de *Gazzetta medica italiana* (provincie sarde), 4 novembre 1861.
(4) Viennois (de Lyon), *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*. Paris, 1864-1865, XXX, p. 20.

Nous renvoyons le lecteur, pour la description des signes de la vérole infantile, à l'article SYPHILIS.

Le retour à l'inoculation du *cowpox* tend à reprendre faveur en présence des dangers qu'a présentés quelquefois la vaccination faite d'homme à homme.

Le docteur Lannois, dans un récent mémoire (1), rend compte à l'Académie de médecine de faits qu'il a observés à Naples, et concernant : 1° le vaccin animal; 2° l'organisation d'un établissement fondé dans le but de propager ce vaccin; 3° le manuel opératoire et les inoculations reproductrices; 4° les vaccinations; 5° la prophylaxie, et il formule ainsi qu'il suit ses conclusions : *transmission* toujours possible du vaccin de la vache à la vache, à toutes les époques de l'année, en aussi grande quantité que pourront l'exiger les besoins d'un grand service; *régénération* et non pas affaiblissement de ce vaccin par son passage à travers l'organisme de l'animal; *pratique* facile des vaccinations; *innocuité* de l'éruption vaccinale; *prophylaxie* certaine. — On ne peut que souhaiter de voir ce sujet mis à l'étude dans tous les pays.]

ARTICLE V.

ROUGEOLE.

Gruner (2) a démontré que la rougeole n'a pas été connue avant les Arabes, et les médecins modernes se sont rangés à cette manière de voir.

La rougeole a été convenablement distinguée de la scarlatine et de la variole par J. Hoffmann et Rosen, ainsi que par plusieurs autres auteurs de la même époque, et bien décrite par Sydenham et surtout par Borsieri (3).

Les recherches modernes ont notablement ajouté à nos connaissances sur ce point de pathologie. Boudin (4), Rufz (5), Rayer (6), [Trousseau (7), E. Chairou (de Rueil) (8)], nous ont fourni des documents très-importants pour l'histoire de cette affection.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Suivant les auteurs qui se sont occupés spécialement des maladies de la peau, l'exanthème serait le point capital de la maladie qui nous occupe; suivant d'autres, au contraire, il ne faut voir en elle qu'une fièvre particulière dont l'éruption n'est qu'une manifestation d'une importance beaucoup moins grande qu'on ne l'a cru généralement. Cette dernière manière de voir, qui s'appuie sur quelques particularités dont nous parlerons plus tard, n'est pas nouvelle; elle avait, dans le siècle dernier, fait donner à la maladie le nom de *febris morbillosa*. Aujourd'hui on regarde la fièvre comme prédominant dans les exanthèmes dont nous nous occu-

(1) Lannois, *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, janvier 1865, t. XXX, p. 241.
(2) Gruner, *Variolarum antiquitates ab. Arab. sol. repetendæ*. Iena, 1773.
(3) Borsieri, *Instit. med. pract*. Berolini, 1826.
(4) Boudin, *Rech. sur les complic., etc.*, thèse. Paris, 1835.
(5) Rufz, *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1836.
(6) Rayer, *Traité des maladies de la peau, etc.* Paris, 1835, t. I, p. 171.
(7) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition. Paris, 1865.
(8) Chairou, *Relations d'une épidémie de rougeole et de suette miliaire* observée à Rueil (Seine-et-Oise). Paris, 1863.

as ; il faut se garder aussi de faire jouer un rôle trop faible à l'éruption ; car mal- quelques exceptions, cette éruption est aussi bien en rapport avec l'intensité du uvement fébrile que l'inflammation d'un organe dans les phlegmasies, et, d'un re côté, les phlegmasies les mieux caractérisées, la pneumonie, par exemple, uvent être annoncées par un mouvement fébrile d'une certaine durée, avant 'aucun symptôme local soit venu annoncer le début de la lésion pulmonaire.

Nous définissons la rougeole : Une maladie fébrile, contagieuse, dont les sym- omes généraux ont une physionomie particulière, et dont le principal symptôme al est l'apparition sur la peau de taches rouges caractéristiques.

Cette affection a été décrite sous les noms de *morbilli*, *febris morbillosa*, *beola*, *sarampion* (espagnol), *measles* (anglais), *Masern* (allemand), *rosolia* lien).

Il est très-rare qu'on échappe à la rougeole ; c'est une affection des plus com- unes.

§ II. — Causes.

1° Causes prédisposantes.

Age. — La rougeole, bien qu'elle puisse s'observer jusqu'à un âge avancé *ixante-seize ans*, Heim), est une maladie de l'enfance; mais, dans cette pé- ode de l'enfance, elle affecte de préférence certains âges. Elle est plus rare avant 'après la première dentition, et fréquente surtout de trois à cinq ans. Jusqu'à x ans, elle se montre assez souvent, devient de plus en plus rare jusqu'à quinze, ne se déclare plus que chez un très-petit nombre de sujets après ce dernier âge. n temps d'*épidémie*, on voit une plus grande proportion de sujets âgés de plus de inze ans, parce que ceux qui avaient échappé à l'affection sporadique sont atteints r elle lorsqu'elle a acquis une plus grande énergie, ce qui a lieu dans les épidé- ies. Michel Lévy (1), qui a observé cette maladie chez des militaires, et dans de tites épidémies, a établi qu'elle est plus fréquente chez les adultes qu'on ne le oit communément.

Rien ne prouve que la rougeole attaque un *sexe* plus que l'autre, et soit plus équente dans une saison que dans une autre. Michel Lévy fait remarquer que cette fection est une de celles qui ne sont nullement modifiées par les *habitudes hygié- iques* des militaires. Il n'est pas prouvé que les enfants affectés d'une autre mala- ie, ou débilités par des affections antérieures, soient plus exposés à la rougeole ue les enfants dans un bon état de santé.

2° Causes occasionnelles.

Des auteurs pensent que la *contagion* de la rougeole a lieu par contact; mais ce ode de transmission est loin d'être admis par tout le monde. On reconnaît plus énéralement la transmission par infection. Ce qui donne à penser néanmoins que transmission par contact n'est pas impossible, c'est que l'*inoculation* du sang Speranza), et même de l'humeur lacrymale (Michael, de Katona), a communiqué rougeole (2). Il serait important que ces expériences fussent renouvelées, et elles

(1) Michel Lévy, *Sur la rougeole des adultes*. Paris, 1847.
(2) *Gazette médicale de Paris*, 1843.

peuvent l'être avec d'autant moins de scrupule, que la rougeole inoculée s'est toujours montrée très-bénigne. Il s'agit surtout de constater si l'inoculation produit une véritable rougeole, ou un exanthème d'une autre nature.

La rougeole est une maladie qui *n'attaque les sujets qu'une fois* : telle est la *règle générale;* il y a cependant des exceptions bien plus fréquentes que pour la variole, et il est bien constaté que cette maladie *peut se montrer deux fois*, et plus souvent encore chez le même individu.

Vandieren (1) a vu à Anvers une petite fille de trois ans, qui, du mois de février au mois d'avril, a été *atteinte trois fois de la rougeole.*

Nous avons vu une petite fille qui en était affectée *pour la quatrième fois.* Les deux premières fois, nous observâmes nous-même la maladie ; la troisième fois, l'enfant était à Chartres, mais la mère, qui avait vu deux fois les mêmes symptômes, les reconnut à ne pas s'y méprendre ; enfin, la quatrième fois, nous constatâmes de nouveau nous-même la nature de l'éruption.

[V. A. Racle, l'un des annotateurs de ce livre, a eu la rougeole deux fois, et son frère trois fois.]

Le caractère *épidémique* de la rougeole est trop connu pour qu'il soit nécessaire d'y insister.

§ III. — Symptômes.

On divise la rougeole en *régulière* et *irrégulière*, *maligne* et *compliquée.*

1° *Rougeole régulière.* — On distingue dans la marche de la rougeole trois périodes : l'*invasion*, l'*éruption*, la *desquamation.* On peut y joindre l'incubation, qui néanmoins n'est pas, à proprement parler, une période de la maladie, puisqu'il n'existe encore aucun symptôme.

Incubation. — L'incubation a lieu pendant cet espace de temps qui sépare le moment de la contagion de celui où se manifestent les premiers symptômes. La difficulté qu'on éprouve, dans la plupart des cas, à constater le moment de la contagion, fait qu'on n'est pas d'accord sur la durée de l'incubation. Les uns la fixent à six jours (Gaubius), les autres à sept ou quatorze (Home, Vanderbosch), d'autres la font varier de six à sept jours (Willan), de cinq à trente et même à cinquante (Barthez et Rilliet). Des médecins ont vu les premiers symptômes se montrer après vingt-quatre heures. Il faut conclure de cela, que l'incubation a une durée très-variable dont la moyenne nous échappe encore. Les expérimentateurs qui ont inoculé la maladie l'ont vue apparaître six ou sept jours après l'inoculation; mais c'est là une manière toute particulière d'introduire le virus dans l'économie, et l'on n'en peut pas conclure que les choses se passent de même dans les cas de contagion ordinaire.

Invasion. — Suivant les auteurs, elle peut être précédée, pendant un ou deux jours, de malaise, d'accablement et de céphalalgie ; mais ne doit-on pas plutôt voir dans l'apparition de ces symptômes une invasion lente et peu caractérisée ?

Dans le plus grand nombre des cas, la maladie commence par des symptômes promptement intenses. Un *frisson* plus ou moins répété est parfois le signal de l'invasion ; mais dans la plupart des cas le frisson n'existe pas. Une *chaleur* plus ou

(1) Vandieren, *Ann. de la Soc. de méd. d'Anvers*, et *Bulletin gén. de méd.*, septembre 1848.

moins élevée, accompagnée bientôt de sueurs, soit générales, soit bornées à la tête, et que Rayer a trouvées quelquefois fort abondantes et d'une odeur douceâtre, une accélération notable du pouls; tels sont les principaux symptômes de l'état fébrile.

On observe, du côté des *voies respiratoires*, des symptômes bien dignes de remarque. Il y a des *éternuments* fréquents; un écoulement parfois considérable de mucus âcre, une rougeur et un gonflement plus ou moins marqués de la muqueuse nasale; en un mot, les signes d'un coryza ordinairement intense.

Bientôt après, les *yeux* deviennent rouges, larmoyants, sensibles à la lumière; les malades y éprouvent des picotements, et le liquide qui s'en écoule est parfois âcre comme le liquide nasal.

Du côté du *larynx* et des *bronches*, on observe une toux forte, sonore, grave, rude, et présentant, en général, un timbre particulier que tous ceux qui l'ont observé attentivement reconnaissent avec la plus grande facilité; c'est ce qu'on appelle la *toux férine*. Cette toux, souvent presque continuelle, revient parfois par quintes. Chez quelques sujets, loin d'avoir ces caractères, elle est légère et rare comme dans une bronchite bénigne. Il y a en même temps une *respiration* accélérée, difficile, de l'oppression; en un mot, du côté de la poitrine, nous trouvons les symptômes d'une *bronchite*, comme du côté des fosses nasales nous avons trouvé ceux d'un coryza.

Parfois le *pharynx* est aussi enflammé, et il en résulte la chaleur, la sécheresse de la gorge, une constriction du pharynx qui incommode beaucoup les malades. Dans des cas particuliers, dont il sera fait mention plus loin, les ganglions sous-maxillaires se tuméfient sous l'influence d'une pharyngite violente.

Dès le premier jour, l'*appétit* est perdu, et les malades éprouvent une *soif* plus ou moins vive. Les *nausées*, les *vomissements*, les *douleurs épigastriques* ne sont pas des phénomènes constants; il est même des épidémies dans lesquelles ils ne se montrent que rarement, mais il en est aussi où on les rencontre chez un assez grand nombre de malades.

La *constipation*, ou bien une *diarrhée légère*, sont des symptômes qui ont été attribués à la période d'invasion de la rougeole sans qu'on ait recherché la proportion de l'un ou de l'autre. On a seulement remarqué que, lorsque la rougeole survient dans le cours de la première dentition, la diarrhée est presque constante.

Les *urines* sont denses, de couleur rougeâtre. Becquerel les a trouvées plus denses et plus acides qu'à l'état normal, et a vu une augmentation notable des parties solides.

A ces symptômes qui caractérisent la période d'invasion, il faut joindre, dans un certain nombre de cas, le brisement des membres, une anxiété parfois très-vive, l'insomnie, le délire, les convulsions.

On peut, du reste, résumer cette description en ces mots : mouvement fébrile plus ou moins intense, coryza, bronchite avec toux particulière dans la plupart des cas. Ce sont là, en effet, les symptômes capitaux; les autres ne sont qu'accessoires.

Il ne faut pas s'attendre à trouver tous ces symptômes réunis dans tous les cas. On voit parfois manquer le coryza et la bronchite; quelquefois aussi on voit prédominer les symptômes abdominaux, et en particulier la diarrhée; mais déjà, en pareil cas, la rougeole cesse d'être régulière.

Nous n'avons parlé ni de l'*odeur* particulière (odeur de plumes d'oie fraîchement

arrachées, Heim) qu'on a trouvée au corps des malades, ni de celle de l'*haleine* (très-aigre et pénétrante, Mandl), parce que très-probablement elle était due à des circonstances particulières qui ne se sont pas présentées à la plupart des observateurs.

[Parmi les signes qui annoncent le début de la rougeole, il en est quelques-uns qui ont un caractère pour ainsi dire banal et qui se rencontrent au début de toutes les affections aiguës fébriles; tels sont : le frisson, le malaise, la courbature, la céphalalgie. D'autres sont plus caractéristiques : ainsi l'*épistaxis* indique plutôt le début d'une fièvre continue, d'une fièvre éruptive plus encore; l'épistaxis se rencontre souvent au début de la rougeole. Elle est abondante, fréquente, ou au contraire rare, suivant les *constitutions médicales*. Il y a des périodes épidémiques où ce signe abonde, d'autres où il manque. Un autre symptôme plus important par sa gravité apparente marque quelquefois le premier début de la période d'invasion rubéolique; nous voulons parler des convulsions. Ce symptôme est doublement important à considérer : 1° parce qu'il appartient beaucoup plus à la rougeole qu'à toute autre fièvre, et qu'ainsi il peut servir au diagnostic; 2° parce qu'il peut fournir matière à des erreurs de diagnostic, et donner lieu à des craintes exagérées sur la gravité de la maladie qui commence. Généralement le début des fièvres éruptives est l'occasion de manifestations thérapeutiques qui marquent plutôt le zèle que la prudence des médecins. Il importe par conséquent beaucoup au médecin de ne rien ignorer de ce qui peut se produire au début de ces affections et avant qu'elles se soient manifestées avec tous leurs caractères.

La durée de la période d'invasion qui précède l'éruption est longue dans la rougeole; elle est de *quatre* ou *cinq* jours.]

Éruption. — L'éruption est caractérisée par de petites *taches* d'un rouge assez vif, analogues pour la dimension aux papules de la variole commençante ou de la fièvre typhoïde. Elles ressemblent aussi aux piqûres de puce, avec cette différence qu'*elles disparaissent sous la pression du doigt* pour reparaître dès que cette pression cesse.

D'abord distinctes et arrondies, elles se réunissent bientôt en formant des *groupes* irréguliers, des *plaques* inégalement découpées sur leurs bords, des demi-cercles ou de petits croissants (*racematim coalescunt*, Sydenham). Commençant d'ordinaire à se montrer sur le menton, au front et sur les joues, les taches gagnent bientôt le cou, la poitrine et le dos, et se répandent ensuite sur l'abdomen et les extrémités.

Les *taches de la face* sont, en général, plus saillantes que celles du reste du corps : ce *relief* n'est d'ailleurs que peu sensible au doigt. Au moment où l'éruption a acquis son plus haut degré de développement, c'est-à-dire vers le deuxième ou le troisième jour, les malades se plaignent souvent d'une *démangeaison* incommode. La *rougeur* de l'éruption ne reste pas continuellement la même : plus forte en général à la face, où la vascularité est plus grande et où quelquefois elle s'étend en plaques presque confluentes, elle offre plusieurs nuances diverses dans la même journée, et elle redevient plus vive dans les moments de redoublement fébrile; parfois même ce retour des rougeurs est si prononcé, qu'on croirait au développement de taches nouvelles.

Les *symptômes généraux* de la première période se retrouvent à peu près

semblables dans la seconde : la fluxion oculo-nasale persiste ; la conjonctive et la membrane pituitaire sécrètent un mucus plus épais qui se durcit en croûtes ; cette sécrétion est beaucoup plus abondante chez les enfants cachectiques des hôpitaux que chez ceux de la ville. La dyspnée reste la même par suite de la bronchite concomitante ; la toux devient plus humide, tout en gardant son caractère propre ; la voix est encore rauque ou affaiblie, et l'auscultation de la poitrine révèle la présence des *râles* qui appartiennent au catarrhe. La *face* continue à être un peu bouffie ; la *peau* est sèche, chaude ; le *pouls* se maintient très-élevé ; quelquefois même, loin de baisser quand paraît l'éruption, comme nous l'avons vu dans plusieurs cas, il reste accéléré alors même que les taches commencent à pâlir, et en l'absence de toute complication. Le pharynx et le voile du palais offrent les rougeurs du début, et le malade éprouve à la *gorge* une sensation de sécheresse et d'aspérité. La *langue* est couverte d'un enduit blanc ou jaunâtre avec piqueté rouge ; la soif et l'inappétence persistent quelquefois jusqu'au septième ou au neuvième jour ; les *gencives* présentent, surtout au pourtour des alvéoles, ces pellicules blanches, minces, faciles à enlever, fréquentes dans les phlegmasies des membranes muqueuses.

Parfois la saillie des taches est beaucoup plus considérable qu'à l'ordinaire : ce sont de véritables papules. On a donné à cette variété le nom de *rougeole boutonneuse*. Dans certains cas (1) l'éruption est si abondante, qu'il existe une véritable *rougeole confluente*.

Chez certains malades et dans une épidémie où l'on voyait habituellement des taches ayant leur forme ordinaire, Lombard a vu des *taches circulaires* semblables à celles de la roséole, et même, dans un cas, de véritables *vésicules*.

Boudin (2) a vu l'éruption accompagnée de *sudamina* plus ou moins abondants.

L'éruption cutanée est précédée et accompagnée d'une *éruption muqueuse* sur laquelle il importe beaucoup d'insister, car elle est très-utile pour le diagnostic. Elle est constituée par un piqueté d'un rouge plus ou moins vif, occupant le voile du palais et le pharynx, et signalé par Heim, Marc d'Espine et Guersant.

Helft (3), ayant examiné les matières excrétées par les diverses voies, y a trouvé des fragments d'épithélium, et il en a conclu que toutes les muqueuses présentaient une éruption analogue à celle de la peau ; il la désigne sous le nom d'*énanthème*, et, selon lui, l'intensité de l'éruption muqueuse est en raison inverse de celle de l'éruption cutanée, et réciproquement.

Desquamation. — Après avoir duré pendant un temps que nous préciserons en parlant de la *marche de la maladie*, les taches pâlissent, leur auréole se dissipe, puis elles s'affaissent, prennent une couleur un peu violacée, ou terne et jaunâtre ; elles ne disparaissent plus sous la pression. C'est ordinairement dans les points où elles se sont montrées d'abord qu'elles commencent à éprouver ces changements ; mais dans quelques cas le contraire a lieu. Dans certains cas légers elles disparais-

(1) Gendron, *Acad. de méd.*, 1827.
(2) Boudin, *Rech. sur les complic. qui accomp. la rougeole chez l'enfant*, thèse. Paris, 1835.
(3) Helft, *Ueber die Desq. des Epith.*, etc. (*Journ. für Kinderkrankheiten*, 1843).

sent très-rapidement. Il en est de même dans des cas assez intenses, mais il y a alors ce qu'on a appelé la *délitescence*, dont nous parlerons plus loin.

En même temps que ces phénomènes se passent, la *desquamation* a lieu : elle est constituée par une poussière épidermique blanche et sèche, comme farineuse. Rarement on voit se détacher des plaques épidermiques. Parfois la desquamation manque complétement ; il n'est pas rare de la trouver partielle, alors même que l'éruption a été générale. Trousseau a noté que chez les jeunes enfants la desquamation n'est bien évidente que sur la face (1) ; sur le reste du corps, on la distingue avec peine.

Pendant que la desquamation s'opère, on voit s'apaiser les symptômes généraux : la fièvre tombe ; l'ophthalmie, le coryza cessent, mais la bronchite persiste le plus souvent, où plutôt il reste les symptômes qui terminent les bronchites intenses, lorsque la violence de l'inflammation est tombée. La toux devient grasse et facile, et il y a une expectoration abondante de *crachats nummulaires* opaques, non aérés, jaunes, verdâtres, nageant dans un mucus transparent. Michel Lévy a constaté que les crachats nummulaires sont beaucoup plus rares chez les adultes que chez les enfants, en sorte que ce signe a moins d'importance qu'on ne lui en a attribué.

2° *Rougeole irrégulière, maligne, compliquée.* — La rougeole peut être irrégulière par suite de la violence exagérée de certains symptômes, ou, au contraire, par suite soit de leur absence, soit de leur peu de développement.

Dans certains cas, la *fièvre* qui caractérise l'invasion est d'une intensité très-grande et s'accompagne de délire et de convulsions. D'autres fois elle se suspend plus ou moins complétement un jour avant l'éruption, pour se reproduire ensuite avec une grande vivacité.

Des *épistaxis* fréquentes et abondantes, les vomissements, la diarrhée, peuvent se montrer, tandis que le coryza et la bronchite sont nuls.

Quelques sujets éprouvent des *douleurs vives* dans diverses parties du corps.

D'autres fois les symptômes ne suivent pas leur marche habituelle ; ils sont *intermittents*, ou présentent des exacerbations marquées.

Chez quelques sujets, la *fièvre manque* complétement, il n'y a pas de période d'invasion, l'éruption est le premier signal de la maladie.

Telle est l'irrégularité qu'on remarque dans la *période d'invasion*. Elle porte, comme on le voit, tantôt sur un symptôme, tantôt sur un autre.

La *période d'éruption* présente aussi des irrégularités remarquables. Ainsi, l'éruption peut commencer par un autre point que la face ; elle peut rester bornée à une partie du corps, le tronc en particulier. Quelquefois la face en est exempte, tout le reste du corps en étant couvert ; rarement le contraire a lieu.

La *coloration des taches* offre des anomalies diverses : quelquefois pâles et ternes, elles sont parfois d'un rouge foncé ou violacées. Souvent alors la fièvre reste très-intense ; le pouls devient serré, fréquent, parfois misérable ; et, du côté des voies digestives, on observe une diarrhée abondante, du météorisme, des douleurs de ventre.

Les irrégularités qu'on observe dans la *période de desquamation* sont les sui-

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1865, t. I, p. 136.

vantes : la desquamation peut manquer complétement, et les taches disparaître par *délitescence*, soit pour ne plus reparaître, soit pour se reproduire un ou deux jours plus tard. Quelquefois la desquamation est au contraire très-abondante, bien que l'éruption ait paru peu prononcée.

Rougeole sans autres symptômes que ceux de l'éruption. — Il est rare d'observer la rougeole sans coryza, sans bronchite et sans fièvre ; cependant des cas de ce genre existent, tous les auteurs en parlent, et nous en avons vu un exemple il y a quinze ans. Suivant quelques auteurs, l'éruption, en pareil cas, se rapproche de la roséole ; mais Willan, Guersant et Blache ont vu l'éruption tout à fait normale en pareille circonstance, et, dans le cas que nous venons de citer, les taches étaient celles de la rougeole ordinaire, bien qu'il n'y eût ni fièvre, ni bronchite, ni *coryza, à aucune époque de la maladie.* On a donné à cette variété, ainsi qu'à la suivante, le nom de *rougeole anomale.*

Rougeole sans éruption. — Dans les épidémies, on voit quelques sujets présenter, au contraire, tous les symptômes qui appartiennent à la rougeole, moins l'exanthème. On en a conclu que c'était la maladie régnante, sans altération cutanée ; mais on ne peut accepter cette manière de voir qu'avec restriction. Si les symptômes qu'on observe dans la rougeole avaient un caractère tout particulier, s'ils n'étaient pas ceux d'autres affections fréquentes, comme le coryza, la bronchite fébrile, la question serait facile à résoudre ; mais il n'en est pas ainsi, et l'on se demande si la préoccupation du moment n'a pas fait regarder comme des rougeoles des affections qui, dans toute autre circonstance, auraient été considérées comme de simples maladies des voies respiratoires. Rayer n'a jamais vu un seul exemple de rougeole sans exanthème ; mais, dans quelques cas, il a vu l'éruption fugace et limitée, au point qu'un examen attentif pouvait seul la faire découvrir.

Formes graves. — *Rougeole hémorrhagique.* — La rougeole hémorrhagique peut se montrer chez les enfants forts, robustes et dans un état de santé parfaite ; le plus souvent, elle se manifeste chez les sujets débilités par des maladies antérieures ou offrant actuellement une maladie chronique, la phthisie pulmonaire en particulier. Cette forme est remarquable par les taches qui, constituant de véritables *ecchymoses*, ne disparaissent pas sous la pression, et par des hémorrhagies plus ou moins fréquentes ou abondantes qui se produisent par diverses voies, la bouche, l'estomac, les intestins, la vessie. En pareil cas il y a cet état hémorrhagique constitutionnel dont nous avons parlé ailleurs.

Rougeole avec gangrène. — On a noté un certain nombre de fois, dans le cours de la rougeole, des gangrènes occupant la bouche, les fosses nasales, les poumons, le larynx, l'anus et la vulve. Elles ont une marche très-rapide et détruisent promptement les tissus.

Rougeole maligne, putride, adynamique. — On voit parfois dans le cours de la rougeole la fièvre prendre une intensité extrême, et alors surviennent des symptômes semblables à ceux qu'on observe dans le cours de la fièvre typhoïde, dans laquelle, comme on le sait, on a distingué la forme ataxique, adynamique, etc. Ces symptômes, comme les précédents, annoncent une grande violence de la maladie, et rendent le pronostic très-fâcheux.

Rougeole compliquée. — On a insisté sur les lésions organiques plus ou moins graves qu'on observe quelquefois dans la rougeole, et on les a décrites sous le nom

de *complications.* Il ne faut pas exagérer la valeur des faits de ce genre, ni surtout y voir toujours des complications proprement dites. Ce sont souvent des lésions propres à la maladie elle-même, et qui ont seulement, par des causes que nous ne connaissons pas, acquis un plus haut degré d'intensité qu'à l'ordinaire.

On observe chez certains sujets une inflammation violente de la bouche avec gonflement des gencives et ulcérations. Cette *stomatite* est due à la fois à l'intensité du mouvement fébrile, à l'éruption muqueuse, et peut-être aussi à l'état du sang dans la maladie qui nous occupe.

Une inflammation semblable se montre parfois dans le larynx et le pharynx, et, dans une épidémie de rougeole aux Enfants trouvés, nous avons vu un nombre considérable des enfants affectés succomber par suite du *croup.* Les mêmes remarques ont été faites dans d'autres épidémies, et l'on a vu les productions pseudo-membraneuses rester quelquefois bornées au larynx et aux bronches, mais plus souvent se montrer aussi dans le pharynx.

Une *bronchite* intense, un *coryza* très-violent, donnant lieu à une sécrétion purulente abondante, ne sont évidemment que des exagérations des symptômes propres à la rougeole. Il n'en est pas de même de la *pneumonie*, qui se montre fréquemment dans le cours de cette maladie; elle a été, en effet, notée 65 fois sur 157 cas, par Rilliet et Barthez. La *pleurésie* est beaucoup moins fréquente; elle a cependant été rencontrée un certain nombre de fois par Dechaut et Baron.

Du côté des *voies digestives*, nous trouvons d'abord l'*entérite* et cette diarrhée que Rufz a vu survenir, dans tous les cas, pendant les deux tiers de la maladie, puis les vomissements plus ou moins opiniâtres dont nous avons parlé plus haut, et, comme lésions correspondant à ces symptômes, le ramollissement de l'estomac et de la muqueuse intestinale, des *ulcérations du gros intestin* (Rufz et Boudin), le gonflement, le ramollissement des ganglions mésentériques, etc.

Nous signalerons l'*inflammation des méninges et du cerveau*, qui se montre rarement, même dans les cas de délire et de convulsions, des *abcès* qui surviennent dans diverses parties du corps, des *furoncles* plus ou moins nombreux.

Anasarque. — L'anasarque se montre bien plus rarement dans la rougeole que dans la scarlatine. Comme dans cette dernière affection, c'est surtout pendant la convalescence qu'on la voit apparaître. Du reste, elle ne présente pas d'autres particularités que celles que nous aurons à mentionner dans l'histoire de la *scarlatine*, à laquelle nous renvoyons le lecteur.

On voit parfois la *variole* se développer en même temps que la rougeole, et alors il est rare que les deux affections marchent ensemble sans se modifier. Presque constamment la rougeole est modifiée seule; mais dans quelques cas l'action modifiante de ces deux affections éruptives est réciproque. Les choses se passent à peu près de la même manière lorsque la *scarlatine* et la rougeole se développent en même temps. Les symptômes généraux de chacune des affections éruptives peuvent exister chez le sujet affecté; mais ceux de l'affection prédominante l'emportent de beaucoup sur les autres. Dans quelques cas, on a vu une de ces affections éruptives s'arrêter pendant que l'autre apparaissait, et reparaître après la terminaison de celle-ci.

Pendant le cours d'une rougeole, et quelquefois après sa disparition, on voit chez un certain nombre de sujets les symptômes de la *phthisie pulmonaire* se

montrer avec une intensité souvent très-notable. En pareil cas, y a-t-il seulement complication de phthisie ? La rougeole a-t-elle été la cause de la phthisie ? L'a-t-elle produite, ou bien n'a-t-elle fait que donner une impulsion nouvelle à une phthisie existant déjà à un état plus ou moins latent ? Il est difficile de résoudre de semblables questions. Rilliet et Barthez, sur onze rougeoles primitives, en ont trouvé une suivie de tubercules ; mais, d'un autre côté, Rufz n'a pas vu que la tuberculisation se montrât plus fréquemment à la suite de la rougeole qu'à la suite de toute autre maladie fébrile, et n'a pas pu trouver un rapport de cause à effet entre l'une et l'autre de ces affections. C'est là un sujet qui a besoin d'être étudié.

[La rougeole est, en temps ordinaire et lorsqu'elle n'affecte pas la forme d'une épidémie enfermée dans un étroit espace très-peuplé, une maladie fort bénigne. Il n'en est pas de même lorsqu'elle atteint un hôpital d'enfants, ou certaines maisons d'éducation. A Paris notamment, la rougeole est la plus meurtrière des maladies lorsqu'elle sévit sur un hôpital d'enfants. Nous l'avons vue, aux Enfants trouvés, à l'hôpital des Enfants malades, acquérir les proportions d'un véritable fléau. Tous les enfants, presque sans exception, n'ayant que deux ou trois ans, succombaient le plus souvent avec des symptômes de pneumonie. Quant aux complications, s'il est permis de donner ce nom aux manifestations graves et variées de la maladie, il y en a deux qu'il importe de signaler principalement : ce sont les *gangrènes* et les *angines croupales*. Au fond, pour un observateur sagace et qui ne sacrifie pas trop à la classification dite *anatomique* des maladies, la tendance gangréneuse est toute la complication, et ce prétendu croup n'en est qu'une manifestation, au même titre que la *stomacace*, la gingivite et le noma, ou la gangrène de la vulve. En fait, on voit apparaître au fort de l'éruption, des stomatites ulcéreuses, avec odeur fétide, décollement et gonflement des gencives, sorte de scorbut bien décrit par Bouley et Caillault et dont nous avons nous-même vu un grand nombre d'exemples. Les joues sont parfois atteintes et perforées ; les os eux-mêmes sont frappés de mort (maxillaires). Ces destructions débordent la maladie et se prolongent parfois pendant des semaines et même des mois. La vulve présente des lésions analogues. La laryngite, en pareil cas, est gangréneuse et non franchement diphthéritique.]

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la rougeole doit être considérée dans la rougeole régulière et dans la rougeole irrégulière, maligne, compliquée.

Marche, durée, terminaison de la rougeole régulière. — La *rougeole, lorsqu'elle est régulière*, a une marche qui varie dans des limites très-étroites. Dans la période d'invasion, se manifestent successivement la fièvre, le coryza, le larmoiement, la bronchite, et ces symptômes vont en augmentant jusqu'à la période de l'éruption. Celle-ci, qui commence presque toujours par la face, devient de plus en plus abondante, puis s'éteint en même temps que les symptômes généraux s'apaisent, et la desquamation commence.

La *durée* totale de la rougeole régulière varie entre un et deux septénaires; mais il est plus fréquent de la voir se rapprocher du premier septénaire que du dernier.

La *durée de chacune des périodes* est la suivante : période d'invasion, de deux à quatre jours ; période d'éruption, trois ou quatre jours (vingt-quatre à quarante-huit heures pour le développement des taches, et le même espace de temps pen-

dant lequel ces taches restent stationnaires) ; enfin période de desquamation de quatre à huit jours.

Lorsque la rougeole se développe ainsi d'une manière régulière, sa *terminaison* est presque constamment heureuse ; quelquefois cependant on a vu des individus, chez lesquels les symptômes ne présentaient rien d'anormal, mourir subitement. Cette terminaison, que nous retrouvons dans d'autres affections éruptives, ne peut pas s'expliquer d'une manière satisfaisante ; il importe de la connaître pour le pronostic.

Marche, durée, terminaison de la rougeole irrégulière. — L'irrégularité dans la marche des diverses périodes de la rougeole constitue la cause la plus fréquente de la rougeole irrégulière. Nous insisterons seulement sur la *délitescence*, qui a toujours inspiré le plus grand effroi aux médecins.

Il arrive, comme nous l'avons déjà dit, dans un certain nombre de cas, que les taches rubéoliques disparaissent plus ou moins brusquement ; quelquefois elles se reproduisent au bout d'un ou deux jours : il y a eu alors délitescence momentanée ; mais assez souvent elles disparaissent pour ne plus revenir : c'est la délitescence complète. Cette disparition des taches est parfois suivie d'un éta fort grave, et coïncide avec l'apparition de complications dont le siége principa est dans les organes pulmonaires. Alors la marche de la maladie est nécessairement interrompue, et ces symptômes qui caractérisent la rougeole, sont plus ou moins dominés par ceux de l'affection organique récemment développée. Dans d'autres cas, la délitescence a lieu sans qu'il survienne rien de grave, et la maladie marche, sans encombre, vers une terminaison favorable.

Quatre-vingt-dix-neuf fois sur cent vingt, dit M. Lévy, l'éruption a parcouru régulièrement ses périodes ; la délitescence a eu lieu vingt et une fois : dix fois au deuxième jour de l'éruption, et onze fois au troisième jour ; sept fois le refroidissement paraît avoir été la cause probable de la brusque disparition de l'exanthème ; trois fois la délitescence a coïncidé avec une diarrhée intense ; mais nous verrons plus bas que ce symptôme s'est montré chez beaucoup d'autres rougeolés, sans que l'éruption en ait été troublée (1).

Quant aux conséquences de la suppression de l'exanthème, voici ce qu'apprennent les faits. Elles ont été nulles chez quatorze malades qui ont aussi promptement guéri que si l'éruption avait suivi sa marche régulière ; un malade a offert une belle éruption de sudamina sur le tronc le lendemain de la délitescence rubéolique ; deux ont été pris de diarrhée légère et n'ont pas tardé d'entrer en convalescence. Chez un autre, l'éruption, qui s'était développée dans la nuit du 19 au 20 janvier, disparut subitement ; le 21 il éprouva plusieurs vomissements, et guérit sans autre accident ; un autre vit son éruption s'effacer au deuxième jour, sans nulle suite immédiate ; le pouls resta à 60 par minute. Deux jours après, survint une varicelle qui parcourut régulièrement ses phases, et la guérison fut complète. Un homme atteint de rougeole le 13 février, se décolore brusquement le 15 ; sorti guéri, il rentre avec des signes non douteux de tuberculisation. Six malades frappés de délitescence ont eu à lutter contre la bronchite profonde que la rougeole a laissée à sa suite ; deux enfin ont succombé après la rétrocession de l'exan-

(1) Michel Lévy, *Mémoire sur la rougeole des adultes*. Paris, 1847.

thème, l'un entraîné par un groupe de complications graves, l'autre ayant passé par une série d'états morbides sans liaison apparente.

Il est à peine nécessaire de dire combien doit être irrégulière la *marche de la rougeole compliquée :* les affections complicantes viennent en effet porter la perturbation dans la succession des périodes et des symptômes qui la constituent. Quelquefois elles retardent l'éruption ; d'autres fois elles font paraître la période d'invasion beaucoup plus violente ; mais les choses variant dans presque tous les cas particuliers, on ne saurait exposer ces irrégularités d'une manière générale.

Quant à la *durée* de la rougeole irrégulière, anomale, compliquée, elle est nécessairement très-variable. La période d'éruption se trouve ordinairement abrégée, soit que le malade succombe, soit qu'il arrive à une guérison plus ou moins tardive.

La *terminaison* est, dans les cas que nous venons d'indiquer, fréquemment funeste ; elle l'est surtout dans les cas de rougeole noire, de rougeole compliquée de pneumonie. Dans la convalescence, il y a à redouter l'anasarque, et, selon quelques auteurs, la tuberculisation.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les taches rubéoliques ont, croit-on, leur siége dans le réseau vasculaire superficiel de la peau ; ce point demande de nouvelles recherches.

Suivant Lieutaud, ces taches rubéoliques peuvent se montrer jusque sur les viscères ; mais le fait n'est pas prouvé. Le développement de l'exanthème sur les muqueuses cachées à nos regards, et dont Helft, après plusieurs autres pathologistes allemands, a admis l'existence, n'est pas démontré par des expériences directes.

Il résulte des recherches d'Andral et Gavarret (1), que jamais la fibrine du sang ne dépasse le chiffre normal ; qu'assez souvent elle est au-dessous, et que, dans quelques cas, la proportion des globules est augmentée. Déjà on avait remarqué la fluidité du sang, qu'une inflammation concomitante peut néanmoins faire manquer. Barthez et Rilliet ont trouvé presque constamment un état de congestion des principaux organes, et l'on a signalé un développement des glandes de Peyer et de Brunner, mais sans ulcérations.

On voit que ces lésions rendent un compte bien imparfait des symptômes de la rougeole. Celles qui sont dues aux complications sont suffisamment connues.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Dans tous les cas, il est difficile de diagnostiquer la rougeole pendant la période d'invasion. Cependant, lorsqu'elle est régulière et se manifeste chez un sujet non affecté d'une autre maladie, on peut, au coryza, à la rougeur des yeux, au larmoiement, à la bronchite, à la toux férine, prévoir l'apparition de l'éruption rubéolique ; mais presque jamais on ne saurait en être parfaitement certain.

Lorsque l'éruption s'est produite, si l'affection est simple et régulière, le diagnostic est des plus faciles. Il n'y a qu'à jeter un coup d'œil sur la description des symptômes pour s'assurer qu'aucune autre affection ne peut la simuler.

Dans quelques cas très-rares de *rougeole boutonneuse*, on peut d'abord croire

(1) Andral et Gavarret, *Rech. sur les modific. de propr. de quelques principes du sang.* Paris, 1840.

à l'existence d'une variole; mais la maladie faisant des progrès, les taches se caractérisent, ou bien des pustules varioliques se développent, et toute incertitude cesse.

Dans la *rougeole* qui se manifeste chez des sujets atteints d'une autre maladie, les symptômes de celle-ci peuvent masquer complétement le début de l'affection éruptive; mais le développement de l'éruption ne tarde pas à en faire reconnaître l'existence.

La *rougeole irrégulière*, la *rougeole compliquée*, la *rougeole anomale*, la *rougeole maligne*, présentent nécessairement des difficultés de diagnostic; mais ces difficultés on ne peut les préciser. Pour les surmonter, il faut avoir présentes à l'esprit les diverses particularités mentionnées plus haut.

Il serait néanmoins important d'établir le diagnostic entre certaines rougeoles et certaines scarlatines irrégulières qui laissent assez souvent le praticien dans l'incertitude; nous nous proposons de le faire dans l'article suivant, après la description de la *scarlatine*. Nous n'insistons pas davantage sur ce diagnostic.

Pronostic. — Lorsque la rougeole parcourt régulièrement ses périodes, que la fièvre n'a pas une intensité extrême, que les symptômes du côté des voies respiratoires sont médiocrement intenses, le pronostic est favorable. Dans cette affection éruptive, fébrile, comme dans les autres fièvres éruptives, il y a des cas malheureux où l'on voit survenir une aggravation subite des symptômes et une terminaison rapidement funeste que rien ne pouvait faire prévoir.

La délitescence n'est pas aussi fréquemment un signe fâcheux que le pensent bien des médecins. Il faut, en pareil cas, examiner attentivement tous les organes et toutes les fonctions; s'il ne survient rien d'alarmant d'un autre côté, le pronostic est favorable; s'il y a une complication grave, il acquiert la gravité que nous allons signaler tout à l'heure.

Lorsque la rougeole irrégulière ne s'accompagne d'aucune complication, et que les symptômes ne prennent pas un caractère insolite, le pronostic reste encore assez favorable; cependant, d'après les recherches de Barthez et Rilliet, la mortalité commence à devenir assez notable en pareil cas.

Les sujets attaqués par la rougeole dans un état de santé altérée présentent une mortalité assez grande, et en rapport avec l'intensité de la maladie primitive ou avec leur degré de débilitation. Les complications, et surtout celles qui ont pour siége les voies respiratoires, rendent la maladie généralement grave.

Les cas les plus fâcheux sont ceux où la *rougeole est maligne*, où les taches sont de véritables pétéchies, où il y a des hémorrhagies répétées, et aussi ceux où il survient une inflammation des méninges et du cerveau.

La diarrhée trop abondante, les vomissements fréquents et de longue durée, les convulsions, un délire intense, sont des symptômes fâcheux. La diphthérite pharyngienne, et surtout la diphthérite laryngienne, rendent le pronostic des plus graves.

§ VII. — Traitement.

La rougeole est une de ces maladies qui ont une marche pour ainsi dire fatale; lorsqu'elle parcourt régulièrement ses périodes, le traitement consiste uniquement dans l'emploi de quelques moyens hygiéniques très-simples. On a renoncé complétement aujourd'hui à ces pratiques fâcheuses qui consistaient à couvrir

énormément les malades et à leur donner des excitants diffusibles et des boissons chaudes, dans le but de favoriser l'éruption. C'est une erreur de croire que plus l'éruption est abondante, plus la maladie est simple et sans complications. L'abondance de l'éruption annonce seulement, dans la très-grande majorité des cas, qu'il s'agit d'une rougeole intense, et elle est en rapport avec la violence du mouvement fébrile, violence toujours de mauvais augure.

Le repos au lit, des boissons émollientes, une température douce, la diète, quelques calmants si la bronchite et le coryza sont un peu intenses, telle est la médication qui convient à la rougeole régulière. Il faut réserver les *émissions sanguines* pour les cas où une phlegmasie se manifeste.

L'administration d'un *purgatif* dans la convalescence de la rougeole est complétement inutile. Quant au vésicatoire volant sur la poitrine ou permanent sur le bras, que Rayer conseille d'appliquer lorsque la toux se prolonge, rien ne prouve son utilité.

[Nous avons dit plus haut combien l'erreur de diagnostic était facile au début de la rougeole, et combien la médication en souffrait. Nous insistons de nouveau sur les dangers de cette thérapeutique précipitée qui s'adresse à des symptômes dont la cause n'est pas encore connue, et qui risque d'arrêter ou tout au moins de gêner le développement normal et légitime de la maladie. Les sinapismes qui sont un remède souvent nuisible, les purgatifs ou les vomitifs, quelquefois les sangsues, sont ordonnés au début d'une rougeole. Il ne peut résulter d'une médication semblable que du trouble ; c'est affaiblir l'organisme sans profit. Un médecin qui traite un symptôme sans en comprendre la cause, ne peut justifier sa conduite que par l'excès du danger : or c'est un cas qui se rencontre très-rarement.]

Lorsque la rougeole ne parcourt pas régulièrement ses périodes, les indications deviennent très-variables.

Si l'éruption disparaît brusquement, faut-il chercher à la rappeler? Quand cette disparition ne coïncide avec aucun nouveau symptôme, ce rappel serait inutile, ainsi que nous l'avons vu plus haut. Quand la délitescence est causée par une complication, les moyens que nous possédons pour rappeler l'éruption sont bien faibles, ils peuvent aggraver beaucoup la maladie complicante. Qu'a-t-on proposé en effet ? Les *boissons chaudes, excitantes ;* les *sudorifiques*, les *bains de vapeur*, les *bains chauds*, les *affusions*, l s *bains froids*, les *sinapismes* promenés sur la surface du corps, l'*urtication*. Ces moyens sont inutiles et peuvent être dangereux : leur inutilité est prouvée par les faits dont Lévy nous a donné la relation ; leur danger se comprend facilement, lorsque l'on considère qu'il s'agit presque toujours de complications du côté des voies respiratoires, que la fièvre et l'agitation sont intenses, et que les excitants, les rubéfiants, ne peuvent qu'aggraver cet état fâcheux. Sauf peut-être dans quelques cas exceptionnels qui ne peuvent être précisés ici, on doit se borner à combattre la complication aussi vigoureusement que le cas l'exige, et négliger l'éruption, qui n'a pas l'importance qu'on lui a attribuée. Nous avons vu des moyens excitants employés pour favoriser ou rappeler cette éruption, porter la fièvre et l'agitation au plus haut degré et produire les plus mauvais effets.

Les *complications* doivent exciter au plus haut point la sollicitude du médecin ; mais on sent combien il serait difficile, dans un article général comme celui-ci,

d'entrer dans tous les détails relatifs à cet important sujet. Nous ne pouvons que tracer des règles générales de conduite, dont le praticien fera ensuite l'application.

Les inflammations de poitrine un peu intenses, et notamment la bronchite capillaire étendue et la pneumonie lobaire, exigent un traitement analogue à celui qu'on leur oppose dans les cas où elles se montrent à l'état de simplicité. Seulement quelques moyens doivent être employés avec plus de modération. Ainsi, les *émissions sanguines* doivent être moins abondantes. Le *tartre stibié à haute dose* doit être administré contre la pneumonie, mais avec précaution si le malade est très-faible. On emploie contre la bronchite les *vomitifs* plus rarement que dans toute autre circonstance, parce que l'on craint qu'ils n'opèrent une révulsion vers les parties internes et ne fassent disparaître l'éruption. Cette crainte est très-exagérée ; les observations de Stoll ont prouvé que les vomitifs n'ont pas ce fâcheux effet, et nous avons toujours vu l'*ipécacuanha*, ou le *tartre stibié*, à dose vomitive, produire les meilleurs effets dans les cas de bronchite intense, sans qu'il survînt le moindre accident. Nous ne doutons pas qu'on n'ait été trompé par des coïncidences.

Les calmants, les *narcotiques*, sont aussi d'une grande utilité dans les cas où la respiration est difficile pour une cause quelconque.

Lorsqu'il survient des *accidents cérébraux*, faut-il, comme le recommande Gardien (1), appliquer un *vésicatoire sur la tête?* Nous n'avons pas trouvé un seul fait qui prouvât réellement l'utilité de ce moyen.

Dans les cas où il survient des *hémorrhagies inquiétantes*, il ne faut pas craindre de donner des *astringents* et même d'appliquer des *réfrigérants ;* ces hémorrhagies peuvent, en effet, devenir mortelles, ou au moins plonger le malade dans une débilité fâcheuse.

Dans les cas d'ataxie et d'adynamie, on peut mettre en usage les *antispasmodiques* et les *toniques ;* mais nous n'avons pas de renseignements suffisants sur le degré d'efficacité de ces moyens.

Enfin, la *laryngite pseudo-membraneuse* (croup) doit, dès qu'elle se montre, fixer toute l'attention du médecin, et il faut la traiter par les moyens énergiques qui seront indiqués dans un autre article (2).

Nous n'avons pas mentionné particulièrement le *camphre*, le *soufre*, la *belladone* et quelques autres substances que certains médecins ont regardées comme des agents attaquant le miasme rubéolique lui-même, ou, en d'autres termes, comme des spécifiques ; rien, en effet, ne démontre cette spécificité.

Traitement prophylactique. — Le traitement prophylactique se réduit à l'*isolement* et à l'*inoculation.* Les prétendus spécifiques dont nous venons de parler ont bien été administrés dans le but de prévenir l'affection ; mais les faits rapportés en leur faveur sont si peu concluants, que personne ne leur accorde la moindre confiance.

Inoculation. — Nous avons vu plus haut que la rougeole avait pu être inoculée principalement à l'aide des larmes et du sang qui s'échappe d'une petite incision faite aux taches. Or on a remarqué que la rougeole inoculée était toujours bénigne. Si donc il survenait une épidémie meurtrière, on pourrait avoir recours à ce

(1) Monfalcon, *Dictionnaire des sciences méd.* Paris, 1820, t. XLIX, art. ROUGEOLE.
(2) Voy. LARYNGITE PSEUDO-MEMBRANEUSE (croup).

moyen, bien que quelques expérimentateurs n'aient pas aussi complétement réussi que F. Home et Michael de Katona.

ARTICLE VI.

ROSÉOLE.

Nous n'avons que quelques mots à dire de cette maladie légère, dont l'existence est même contestée, et qui n'exige pas de traitement particulier.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *roséole* à une éruption exanthémateuse, fugace, caractérisée par des taches roses, non saillantes, irrégulières, et dont l'apparition est évidemment précédée de phénomènes fébriles. Plusieurs auteurs, et Rayer n'est pas éloigné de se ranger à cette manière de voir, ont regardé les cas dans lesquels se produisent ces phénomènes comme appartenant tantôt à l'*érythème* et tantôt à la rougeole. C'est une question qui n'est pas complétement résolue.

Cette affection a été décrite sous les noms de *rubeola*, *roseola*, *exanthème fugace.* Dans cet article, où nous ne nous occupons pas des éruptions syphilitiques, nous pouvons dire que la roséole n'est pas commune.

§ II. — Causes.

La roséole attaque principalement les *enfants* et les *femmes.* On l'observe surtout pendant l'*été.* Les émotions morales, les excès alcooliques, l'exercice immodéré, l'ingestion des boissons froides, le corps étant en sueur, sont des causes dont on n'a pas suffisamment démontré le degré d'action.

Willan a signalé une variété de roséole qui survient en automne (*roseola autumnalis*) ; mais Rayer a fait voir qu'il ne s'agit, en pareil cas, que d'une variété de l'érythème.

On voit quelquefois la roséole se manifester dans le cours d'un *rhumatisme articulaire.* Il ne faut pas confondre cette roséole secondaire avec la roséole rhumatique dont nous parlerons plus loin.

On l'a vue aussi survenir dans le cours de quelques autres maladies fébriles, en particulier de la *variole* et de la *fièvre miliaire*, ainsi que dans la période de réaction du *choléra* (1), et on lui a donné le nom de *roseola cholerica.*

§ III. — Symptômes.

Nous nous occuperons d'abord de la *roséole simple et primitive*, les autres espèces ne méritant qu'une simple mention.

Tantôt, et c'est le cas le plus commun, la maladie est annoncée par un mouvement fébrile assez marqué, par un malaise général, des frissonnements, de la céphalalgie, de l'agitation, de la prostration, une soif assez vive et la perte de l'appétit ; tantôt l'éruption n'est précédée que d'un malaise peu notable. Chez les enfants très-jeunes, on observe quelquefois, un certain temps avant l'éruption, des vomissements, du dévoiement et des convulsions.

Éruption. — Après deux ou trois jours de durée des symptômes précédents, on

(1) Voy. article CHOLÉRA-MORBUS ÉPIDÉMIQUE.

voit apparaître sur la face et le cou, puis sur la poitrine, l'abdomen, les membres supérieurs et inférieurs, des *taches* d'un rose plus ou moins foncé, de 10 à 15 millimètres de diamètre, laissant entre elles des espaces de peau saine plus ou moins considérables, sans saillie, disparaissant sous la pression pour reparaître aussitôt, et donnant lieu à des *démangeaisons* assez vives.

Cette éruption dure de vingt-quatre à quarante-huit heures, quelquefois quatre ou cinq jours, et disparaît *sans desquamation.*

Dans quelques cas, les taches de roséole sont disposées en anneau avec des aires centrales dans lesquelles la peau a son aspect normal. Cette variété a été décrite par Willan sous le nom de *roseola annulata.*

Roséole rhumatique. — Bateman, Rayer, Fuchs, Hemming, ont décrit une variété qui mérite de nous arrêter un instant. Un mouvement fébrile, accompagné de douleurs articulaires, passant d'une articulation à une autre, comme dans le rhumatisme aigu, précède de vingt-quatre ou quarante-huit heures une éruption de roséole qui suit une marche assez semblable à la précédente, mais dont les taches sont d'un rouge foncé, quelquefois noirâtre, ont la dimension d'un grain de chènevis ou d'une lentille, et se terminent par desquamation. Lorsque cette desquamation se manifeste, les douleurs articulaires cessent. Telle est la description donnée par Fuchs. Peut-on y voir une simple roséole? Nous ne le pensons pas; il y a trop de différence entre cette éruption et celle que nous avons décrite plus haut. Ce n'est peut-être que l'*érythème noueux* ou *péliose rhumatismale*, dont nous parlerons à l'article ÉRYTHÈME.

[*Roséole miliaire.* — Il existe une éruption qui simule la scarlatine, c'est la roséole miliaire, *avec exanthème bucco-pharyngien*, suivant l'expression de Gubler (1). Cet auteur pense que l'on décrit comme appartenant à la scarlatine, des éruptions qui s'en distinguent, et reconnaît une variété d'éruption qu'il désigne particulièrement sous le nom d'exanthème *bucco-pharyngien.* Cette éruption peut se rencontrer dans le croup.]

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *durée* de la maladie est de trois ou quatre jours à un septénaire. Sa *terminaison* est toujours heureuse.

§ V. — Traitement.

« Dans tous les cas, dit Alph. Cazenave, un régime plus ou moins sévère, des boissons délayantes, une température modérée, et le repos, sont les seuls moyens à opposer à cette légère maladie. La roséole qui se développe chez les individus vaccinés ne demande aucun traitement particulier. Dans les cas de complication de roséole avec une phlegmasie de quelques organes essentiels, c'est contre cette dernière affection qu'il faut diriger le traitement. »

ARTICLE VII.

SCARLATINE.

La scarlatine est une affection évidemment de la même nature que la rougeole, avec laquelle on l'a longtemps confondue. Les réflexions préliminaires que nous

(1) Gubler, *Moniteur des hôpitaux*, 1858, p. 1066.

avons présentées à l'occasion de cette dernière maladie pourraient, par conséquent, trouver place ici ; mais il vaut mieux renvoyer le lecteur à l'article précédent.

Il faut arriver jusqu'à Sydenham et Borsieri pour voir la scarlatine bien connue des médecins. Depuis lors les recherches sur cette affection ont été des plus multipliées. Dans le cours de cet article nous signalerons les principaux travaux.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La scarlatine est une affection fébrile, contagieuse, ayant pour caractères, outre les symptômes généraux, une angine plus ou moins violente et une éruption cutanée de forme particulière.

Cette maladie a été décrite sous des noms très-divers; *febris miliaris rubra* (Huxham), *rossolia purpura*, *morbilli confluentes*, *rubeola confluens; fièvre rouge*, *fièvre pourpre* ou *pourprée*.

La scarlatine est loin d'être une maladie rare; elle est notablement moins fréquente que la variole, et surtout que la rougeole.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.* — La scarlatine peut se montrer à tous les âges, mais elle est infiniment plus fréquente dans l'enfance qu'à toute autre époque de la vie. C'est de trois à dix ans qu'elle se montre le plus souvent, ainsi que l'ont constaté Barthez et Rilliet. Avant cet âge, elle se manifeste d'autant plus rarement qu'on se rapproche davantage de la naissance, bien que, dans quelques cas, elle ait été *congénitale*. Après dix ans elle devient notablement moins fréquente à mesure qu'on avance en âge, de telle sorte qu'elle est très-rare chez les vieillards. On a vu dans quelques épidémies les adultes en être plus particulièrement affectés : ce sont là des exceptions.

Tout porte à croire que l'influence du *sexe* est nulle.

La scarlatine sévit-elle plus fréquemment chez les sujets déjà malades d'une autre maladie que chez les sujets bien portants? C'est ce que nous ne pouvons dire, bien que Barthez et Rilliet aient trouvé une assez grande proportion de scarlatines développées dans le cours d'une autre maladie, et auxquelles ils donnent le nom de *scarlatines secondaires*.

Quoique cette affection puisse se produire dans toutes les *saisons*, elle se montre plus souvent au printemps et pendant l'été.

2° *Causes occasionnelles.* — La cause déterminante unique est la *contagion ;* un très grand nombre de faits en établissent l'existence.

Comment agit la contagion? D'abord on ne peut nier que la scarlatine ne se communique par infection. Se communique-t-elle aussi par contact et par inoculation? Nous n'avons pas à cet égard de preuves convaincantes, malgré les expériences de Miquel (d'Amboise) et Mandl.

La scarlatine se montre ordinairement d'une manière sporadique, mais il est très-commun d'en observer des *épidémies*.

§ III. — Symptômes.

1° *Scarlatine régulière.* — *Incubation.* — L'incubation dure ordinairement de trois à cinq jours; par conséquent elle est généralement moins longue que celle de la rougeole. Mais quels sont ses degrés extrêmes? C'est ce qui n'est nullement connu. Guéretin, du Lion-d'Angers (1), a vu cette maladie se développer quinze jours après que le sujet fut soumis à la contagion; mais on sent combien il est difficile d'avoir des données certaines dans le cours d'une épidémie, et combien les faits devraient être multipliés pour produire la conviction.

Invasion. — Un *mouvement fébrile* caractérisé par une chaleur vive, une céphalalgie parfois intense, le brisement des membres, la soif, la perte de l'appétit, un peu de douleur à la gorge et une accélération notable du pouls, ouvrent ordinairement la scène. Dans quelques cas, ces symptômes sont précédés de frissons plus ou moins répétés; des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, ont été observés au début chez quelques sujets; dans certaines épidémies même (2), ces vomissements, au début, étaient fréquents. Chez un petit nombre de sujets, 4 fois sur 87 cas, suivant Barthez et Rilliet, le mouvement fébrile manque complétement dans cette période.

Le mouvement fébrile va croissant jusqu'à la fin de cette période. La *chaleur* devient âcre, le *pouls* s'élève à 110, 120, 140 pulsations et plus.

La *langue* est rouge à la pointe et sur les bords. Il importe d'examiner attentivement la bouche et le *pharynx*, parce que, dans un assez bon nombre de cas du moins, un piqueté rouge un peu foncé, sur un fond rouge vif, se montre à la voûte palatine, au voile du palais, sur les parois du pharynx, un certain temps avant que l'éruption soit bien caractérisée, ou même ait commencé à paraître. L'*angine*, qui est un caractère important de la scarlatine, se montre aussi assez souvent avec une intensité notable pendant cette période d'invasion.

L'anorexie devient bientôt complète; la soif va en augmentant. Il est rare qu'on observe des symptômes un peu notables *du côté du tube intestinal;* cependant, chez quelques sujets, il y a de la *constipation*, et chez un plus petit nombre, du *dévoiement*.

Lorsque le mouvement fébrile a une grande violence, il est fréquent d'observer une *agitation* très-grande, l'insomnie, le délire, le coma. Ces symptômes sont très-effrayants, mais généralement de courte durée, lorsqu'il ne survient aucune complication.

Quant aux *voies respiratoires*, elles ne présentent presque jamais d'altérations notables, malgré le voisinage de l'inflammation souvent intense du pharynx. La respiration est seulement accélérée, comme dans tout mouvement fébrile un peu violent; mais on n'observe aucun autre symptôme digne de remarque.

Comme dans la rougeole, mais plus rarement encore, on peut voir tous les symptômes de la période d'invasion manquer complétement, et l'éruption marquer le début de la maladie.

(1) J. Guéretin, *Mémoire sur une épidémie d'angine scarlatineuse observée dans le canton du Lion-d'Angers* (*Arch. gén. de méd.*, 1842, 3e série, t. XIV, p. 280).
(2) Voy. Mondière, *Revue méd.*, 1842.

Eruption. — Le plus ordinairement, disent Guersant et Blache (1), l'éruption commence à se montrer d'abord au cou, ensuite à la face, et surtout aux joues, dont la coloration est plus intense qu'aux autres parties de la figure : quelquefois c'est au tronc, aux extrémités, aux pieds ou aux mains, qu'elle se déclare en premier lieu, pour se répandre ensuite sur tout le reste du corps. Elle consiste en un nombre infini de *petits points* rouges qui reposent sur un *fond rose*, et qui n'offrent *pas de saillie* visible ou sensible au toucher. Ce pointillé, plus fin, plus rouge, beaucoup plus confluent et disposé plus régulièrement que les taches de la rougeole, se transforme en *plaques non saillantes*, les unes manifestement plus larges que les autres ; peu étendues et isolées à leur origine, celles-ci ne tardent pas à se réunir en s'agrandissant, et finissent par donner aux téguments une *couleur écarlate*, uniforme, qui disparaît momentanément sous la pression du doigt. La peau, brûlante, sèche, est parfois rugueuse comme la chair de poule et devient le siége d'un *prurit* désagréable et d'une *tuméfaction* notable à la face, et *surtout aux pieds et aux mains*, dont la flexion est difficile.

En même temps on observe de la *rougeur au pharynx*, ainsi que les phénomènes d'angine déjà indiqués ; les tonsilles, plus grosses, se couvrent de *plaques molles*, minces, blanchâtres, *pultacées ;* leur gonflement forme à l'extérieur une *tumeur* plus ou moins marquée, et l'*engorgement des ganglions sous-maxillaires* ajoute encore à la tuméfaction. La *langue* conserve rarement son enduit blanchâtre ; elle s'en dépouille graduellement de la circonférence au centre, et alors elle a une teinte d'un rouge foncé, et elle est tellement lisse qu'on la dirait couverte d'un vernis ; d'autres fois la saillie des papilles la fait ressembler à une fraise.

L'exanthème de la scarlatine coïncide à peu près constamment avec l'apparition de *vésicules miliaires* très-nombreuses et reconnaissables à leurs saillies, qui existen surtout autour du cou, aux aisselles et aux plis des bras.

C'est vers le troisième ou le quatrième jour que l'éruption a acquis son plus haut degré d'intensité ; elle est toujours beaucoup plus vive au bas-ventre, aux aines et à la partie supérieure et interne des cuisses, au pli des articulations, aux aisselles, au pli des bras ; c'est aussi dans ces régions qu'elle est la plus persistante ; elle est plus rouge dans les moments où le malade crie et s'agite ; elle l'est plus aussi pendant les paroxysmes de la fièvre, et principalement le soir. Cette coloration écarlate de la peau a été comparée à celle d'une écrevisse cuite (P. Frank), et à celle du suc de framboise (Huxham). Après cinq, six ou huit jours de durée, c'est-à-dire après un temps plus long que pour la rougeole, l'exanthème s'éteint graduellement : il prend une *teinte violette*, puis *rose pâle* ou légèrement *cuivrée.* Le plus souvent, la muqueuse de la bouche reste rouge ; quelquefois c'est seulement à cette période que la langue, se dépouillant de son enduit blanchâtre, présente les papilles saillantes que nous indiquions tout à l'heure et sa rougeur caractéristique ; l'intumescence des parties diminue simultanément et par degrés.

Les *symptômes généraux* de la seconde période sont ceux de la première un peu modifiés : la fièvre, qui tombe quelquefois hors de l'apparition de l'exanthème, se maintient d'ordinaire tant qu'il persiste, et suit avec assez de régularité ses diverses phases d'accroissement et de déclin. La *chaleur* de la peau est très-intense, et la

(1) Guersant et Blache, *Dictionnaire de médecine*, 2e édition, t. XXVIII, p. 153, article SCARLATINE.

température du corps est très-élevée, puisqu'elle fait monter le thermomètre à 41 degrés centigrades et même à 42 degrés.

Dans les paroxysmes, ou lorsque l'affection est un peu grave, le *facies* du malade exprime la souffrance et l'anxiété, les yeux sont animés et brillants : il y a de l'agitation, du délire nocturne, et presque toujours une insomnie qui résiste à tous les moyens employés pour la combattre, et qui parfois est le résultat d'un *prurit* excessivement incommode. L'angine pharyngée suit son cours, et, acquérant souvent plus d'intensité, constitue une complication fâcheuse. La *respiration* est gênée, bruyante, accélérée, l'air traversant avec peine les voies supérieures devenues plus étroites ; la soif et l'inappétence persistent, et la constipation est quelquefois remplacée par un peu de diarrhée, qu'accompagnent de légères coliques.

La rougeur ne conserve ordinairement pas toute son intensité pendant toute cette période ; non-seulement, en effet, elle augmente le soir et pendant les paroxysmes, mais encore il y a parfois, comme l'a constaté Jahn, de fréquentes alternatives d'augmentation et de diminution dans l'intensité de la rougeur. Il faut être prévenu de cette particularité pour ne pas s'alarmer trop promptement lorsque l'éruption pâlit un peu.

Dans quelques cas, ce ne sont pas seulement des vésicules miliaires qui se mêlent à l'éruption scarlatineuse, mais des *bulles*, de véritables *phlyctènes*. Störk et Hildenbrand ont vu des faits de ce genre. On a donné à cette variété peu importante le nom de *scarlatine bulleuse* ou *pemphigoïde*.

L'*angine scarlatineuse*, qui, pendant le cours de l'éruption, prend une plus grande intensité et parfois devient extrêmement violente, mais sur laquelle nous n'insisterons pas dans cet article (1), l'angine scarlatineuse, disons-nous, présente des variations qu'il importe de connaître. Apparaissant ordinairement avant l'éruption, elle peut ne se montrer que dans le cours de celle-ci, et même, dans quelques cas rares, pendant la desquamation. De plus, Jahn et Barthez et Rilliet ont observé une irrégularité très-remarquable de l'angine dans un certain nombre de cas. Ils l'ont vue, en effet, après un ou plusieurs jours d'accroissement, diminuer d'une manière notable, pour reprendre bientôt une nouvelle intensité ; ils ont vu même les fausses membranes tomber et se renouveler en vingt-quatre heures, et quelquefois au bout d'un ou deux jours de durée, des fausses membranes évidentes disparaître pour ne plus se montrer.

[Millard a présenté en 1858 à la Société anatomique une intéressante observation d'anasarque scarlatineuse compliquée d'angine couenneuse et croup, avec extension des fausses membranes jusque dans la partie supérieure de l'œsophage (2).]

Desquamation. — La desquamation est précédée du passage de la rougeur scarlatineuse au rouge terne, et de la disparition plus ou moins rapide de cette dernière teinte. Dans quelques cas néanmoins, elle commence pendant que la coloration rouge existe encore ; quelquefois aussi, comme l'ont remarqué Vieussens et Mondière, ce n'est qu'une, deux et même trois semaines après l'éruption qu'elle se produit. Jahn l'a vue se répéter plusieurs fois.

En général, la desquamation commence par les points envahis les premiers par l'éruption ; mais les exceptions ne sont pas rares.

(1) Voy. article ANGINE PULTACÉE, t. III.
(2) Millard, *Bulletins de la Société anatomique*, 1858, p. 87.

Le décollement de l'épiderme se fait d'abord sur de petites élevures; la membrane se rompt à son centre; mais les bords vont se décollant jusqu'à la rencontre d'un autre décollement voisin, et de là résultent des lambeaux épidermiques irréguliers, d'un blanc mat, non transparents, secs, relevés sur les bords, qui constituent les squames scarlatineuses. Quelquefois les petites élevures ne se rompent pas, et alors il y a de larges lambeaux, auxquels la persistance de ces saillies donne un aspect particulier. Dans quelques cas, il y a une simple desquamation furfuracée, semblable à celle de la rougeole; et, dans un certain nombre aussi, on trouve à la fois toutes ces diverses variétés de desquamation.

A la face, la desquamation se fait presque toujours par très-petites écailles. Dans quelques cas rares, d'autres parties du corps présentent, au contraire, des lambeaux d'une grandeur démesurée : on a vu, par exemple, l'épiderme d'un doigt se détacher sous la forme d'un doigt de gant; mais ce sont là des détails de peu d'importance.

L'abondance de la desquamation est en rapport direct avec celle de l'éruption. On a vu quelquefois l'exfoliation de l'épiderme s'accompagner d'un *prurit* incommode; mais ce phénomène est encore plus rare dans cette période que dans la période d'éruption.

La desquamation peut s'opérer même dans la bouche et dans l'arrière-gorge. Des lambeaux épithéliaux irréguliers, et d'une étendue variable, se détachent du voile du palais, du pharynx, de la langue, de la voûte palatine. Cette desquamation ne paraît pas être, autant que celle de la peau, en rapport direct avec l'intensité de l'éruption muqueuse, et surtout de l'angine scarlatineuse.

Helft a signalé dans la scarlatine un *énanthème* semblable à celui de la rougeole, et produisant une desquamation dont les produits se retrouvent dans les matières excrétées.

Lorsque l'éruption commence à pâlir, les symptômes généraux précédemment décrits s'apaisent, et ils disparaissent rapidement pendant la desquamation.

2° *Scarlatine irrégulière, anomale.* — Dans la *période d'invasion* nous trouvons tantôt une très-grande bénignité des symptômes, tantôt, au contraire, une intensité insolite. Dans ce dernier cas, on observe soit des *troubles digestifs* intenses, soit, ce qui est plus fréquent, de violents *symptômes cérébraux :* délire, coma, et même convulsions. Quelquefois la période d'invasion manque complétement.

Les irrégularités de la *période d'éruption* consistent dans la *pâleur* de l'exanthème, ou au contraire dans sa *coloration plus foncée* qu'à l'ordinaire; dans sa *limitation à une plus ou moins petite partie du corps*, dans sa disparition rapide.

Quant aux irrégularités de la *période de desquamation*, nous avons signalé la principale, qui consiste dans la forme furfuracée de l'exfoliation; les autres sont trop peu importantes pour nous arrêter.

On dit que la *scarlatine est anomale* lorsqu'il manque un des deux phénomènes les plus importants de la maladie, c'est-à-dire l'angine ou l'éruption. L'angine manque très-rarement, mais parfois elle est très-légère. On a remarqué qu'en pareil cas l'éruption était ordinairement irrégulière.

3° *Scarlatine sans exanthème.* — L'absence de l'exanthème, alors que tous les autres symptômes de la scarlatine sont évidents, a été notée trop de fois avec exactitude pour que l'on puisse nier l'existence de la scarlatine sans exanthème. Déjà

Huxham, Stoll, Rosen, Bateman, avaient signalé des faits de ce genre; et, Dance, Bretonneau, Trousseau, Mondière, Guérétin (1), Taupin (2), Gérardin, Graves, Carrière, ont définitivement établi l'existence de cette anomalie que nous avons eu l'occasion de constater. Les cas de ce genre s'observent pendant les épidémies. On voit des sujets présenter le mouvement fébrile, l'angine scarlatineuse, sans aucun exanthème; et, en pareil cas, on peut, comme Mondière en a cité des exemples, voir même survenir l'*anasarque consécutive*.

Quelquefois, l'éruption demande une assez grande attention pour être découverte, et la desquamation dans quelques points limités vient montrer qu'elle n'a pas manqué complétement.

4° *Scarlatine maligne, putride, ataxique, adynamique*, etc. — Cette variété de scarlatine correspond exactement à la *rougeole ataxique, adynamique*, etc., et les mêmes réflexions s'appliquent à l'une et à l'autre. Comme dans la rougeole maligne, c'est l'exagération extrême des principaux symptômes de la maladie qui lui donne ce caractère de gravité et de malignité, et suivant que tel ou tel symptôme est prédominant, elle revêt telle ou telle forme des fièvres graves. L'éruption est quelquefois légère, partielle, peu colorée, mais le plus souvent elle est remarquable par son abondance et par sa coloration. Dans quelques-uns de ces cas, on a vu de la ressemblance entre l'éruption et l'érysipèle, et l'on a donné à la maladie le nom de *scarlatina erysipelatosa*.

5° *Scarlatine hémorrhagique, scarlatine gangréneuse.* — La scarlatine hémorrhagique ressemble aussi très-exactement à la *rougeole hémorrhagique*. La couleur livide, noirâtre de l'éruption, les pétéchies, les ecchymoses, les hémorrhagies par les diverses muqueuses, tout leur est commun.

Dans la *scarlatine gangréneuse*, beaucoup moins fréquente que la rougeole gangréneuse, la mortification frappe ordinairement le pharynx et les parois buccales.

Ces formes de scarlatine ne se montrent guère que dans les épidémies, et dans les épidémies violentes.

6° *Complications.* — Les complications de la scarlatine sont différentes de celles de la rougeole. On a placé parmi les complications la *pharyngite pultacée*, quoiqu'elle ne soit évidemment que l'exagération d'un symptôme propre à la scarlatine. (Voyez ANGINE PULTACÉE.)

Il n'en est pas de même du *coryza*, qui est une inflammation appartenant à la rougeole et non à la scarlatine. Comme le coryza intense, qui se manifeste dans un certain nombre de cas, n'est que l'extension de l'inflammation pharyngienne aux fosses nasales, son apparition s'explique facilement lorsque la pharyngite est intense. Des fausses membranes envahissent les fosses nasales; il s'écoule un mucus purulent; la respiration ne se fait plus par les narines, qui sont douloureuses; on observe tous les symptômes du *coryza pseudo-membraneux*. Cette inflammation pénètre assez souvent dans l'oreille par la trompe d'Eustachi.

La *laryngite* et la *bronchite pseudo-membraneuses* sont des complications moins fréquentes de la scarlatine que de la rougeole; il est des épidémies où on

(1) J. Guérétin, *Mémoire sur une épidémie d'angine scarlatineuse*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 1842, 3e série, t. XIV).

(2) Taupin, *Essai sur la scarlatine sans exanthème* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, octobre 1839).

les a observées assez souvent. Nous n'avons pas besoin de signaler toute la gravité de cette complication.

Dans une épidémie de scarlatine observée par Gormach (1), l'affection se compliqua de *vaginite* 12 fois sur 23 cas.

Par suite du peu de tendance des voies respiratoires à s'enflammer dans la maladie qui nous occupe, on observe rarement des *inflammations de poitrine.*

Les accidents cérébraux ne doivent être considérés comme une complication que lorsqu'ils sont dus à une *inflammation des méninges* ou *du cerveau*, ce qui est rare.

Nous parlerons, à l'article RHUMATISME ARTICULAIRE, des douleurs articulaires qui surviennent chez un certain nombre de sujets affectés de scarlatine. Cette complication est beaucoup moins grave que les précédentes.

L'*inflammation des glandes sous-maxillaires et cervicales*, lorsqu'elle dépasse un certain degré, est aussi regardée comme une complication.

Graves, de Dublin (2), a rapporté un cas de scarlatine observé chez un enfant de cinq ans, et dans lequel se produisirent des *abcès multiples* qui ont beaucoup prolongé la durée de la maladie.

7° *Anasarque.* — L'anasarque ne peut pas être considérée comme une complication, mais seulement comme une conséquence sérieuse et assez fréquente de la scarlatine.

Nous mentionnerons seulement ce qu'il y a de particulier dans l'œdème qui se développe à la suite de la scarlatine (voyez ANASARQUE).

Barthez et Rilliet, recherchant la fréquence de l'anasarque chez les scarlatineux, l'ont trouvée chez un cinquième des sujets. Cette proportion doit-elle être regardée comme définitive? C'est ce qu'il n'est pas permis de dire. Barthez et Rilliet observaient à l'hôpital des Enfants, et il serait très-possible que, dans de meilleures conditions hygiéniques, avec plus de précautions, cet accident fût plus rare, comme aussi qu'il devînt beaucoup plus fréquent dans de plus mauvaises conditions.

On attribue la production de l'anasarque à l'action du froid, et quoique nous n'ayons pas sur ce point les documents les plus précis, tout porte à croire qu'il en est ainsi. Si nous rapprochons ce fait de l'époque à laquelle se développe ordinairement l'anasarque, nous verrons combien les précautions doivent être grandes et persévérantes. Ceux qui se sont occupés de cette question, Vieusseux, Wells, Hamilton, ont constaté que l'anasarque ne se montre guère que quinze ou vingt jours après l'éruption, et quelquefois on l'a vue survenir plus tard. Suivant Guersant et Blache, ce n'est qu'après la dixième semaine qu'on ne doit plus craindre l'anasarque, suite de la scarlatine, ce qui prouve que ces auteurs ont vu cette anasarque se produire à une époque très-éloignée.

L'anasarque se montre-t-elle indifféremment lorsque l'éruption a été faible ou considérable, limitée ou générale? C'est là l'opinion généralement admise.

Il n'est pas rare, dans le cours de l'anasarque scarlatineuse, de trouver les *urines albumineuses;* mais ce n'est pas un caractère constant, puisque, d'après les recherches récentes, il manque dans un tiers des cas environ. Faut-il voir, dans les

(1) Gormach, *Gazette médicale, Ital. Toscana*, et *Gazette médicale de Toulouse*, août 1852.
(2) Graves, *Dublin quart. Journ. of med.*, mai 1847.
(3) Voy. ANASARQUE, t. V.

cas où l'albumine se montre dans les urines, des cas de maladie de Bright? Nous traiterons ailleurs cette question (1) ; quelquefois, ainsi que l'a constaté Rayer, la maladie de Bright se manifeste à la suite de la scarlatine ; mais rien ne prouve qu'elle existe dans tous les cas d'anasarque scarlatineuse.

Cependant W. Gosse (2) a regardé l'anasarque qui survient après la scarlatine comme liée à l'albuminurie. Il a noté les symptômes suivants : aussitôt, sinon avant que le moindre œdème se manifeste, on observe, en général, une *sensibilité* et même une *douleur dans la région des reins*, une *diminution* plus ou moins marquée *de la sécrétion de ces organes*, et, le plus souvent, des *traces de sang dans l'urine.* Les symptômes ultérieurs, *coma*, *convulsions*, *inflammation des séreuses*, *épanchement dans leur cavité*, s'expliquent facilement, suivant Gosse, par la condition morbide du sang. Dans les cas de cette nature, le docteur Rees a constaté la *présence de l'urée dans le sang.* Nous traiterons plus tard la question de l'*urémie.*

L'œdème se produit presque toujours avec une assez grande rapidité, et quelquefois l'anasarque est très-aiguë et devient rapidement mortelle.

Il peut se développer, dans le cours de l'éruption scarlatineuse, d'*autres éruptions* du même genre. J. F. Marson (3) a vu, dans le cours de onze années, la scarlatine se montrer sept fois concurremment avec la variole. La scarlatine survenant dans le cours de la variole présentait ses symptômes propres d'invasion, comme dans les cas ordinaires, et l'éruption avait l'aspect qu'elle a ordinairement. Chez un des malades, il y eut une anasarque à la suite de la scarlatine. Ces faits sont contraires à l'opinion de Hunter, qui, du reste, avait déjà été combattue par des faits non moins évidents (4).

[*Scarlatine sans éruption.* — Certaines angines graves observées en temps d'épidémie de scarlatine paraissent produites par la scarlatine sans éruption. Tels sont les cas observés par Huxham, ceux qu'a cités Graves (5). Il ne faut jamais perdre de vue, dit ce dernier auteur, qu'une maladie générale peut ne révéler son existence que par un ou deux des symptômes qui la caractérisent ordinairement.]

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Marche de la scarlatine régulière. — Les variations dans la marche de la maladie sont plus considérables dans la scarlatine que dans la rougeole ; les symptômes de la période d'invasion vont toujours croissant jusqu'à la seconde période ; parfois néanmoins ils diminuent la veille ou le jour de l'apparition des premières taches, pour reprendre ensuite leur première violence ; ils continuent avec cette intensité pendant les premiers jours de l'éruption, et diminuent lorsque l'éruption commence à pâlir. Telle est la *marche* de l'affection, considérée d'une manière générale ; quant aux particularités, il faut les chercher dans les détails présentés plus haut.

(1) Voy. MALADIE DE BRIGHT, t. IV.

(2) W. Gosse, *London med. Gazette*, 1848.

(3) Marson, *Observations sur la coexistence de la variole et de la scarlatine, avec des remarques sur la coexistence des autres fièvres éruptives* (*Lond. med.-chir. Transactions*, 2e série, t. XIX, 1847, et *Archives de médecine*, janvier 1848, p. 57).

(4) *Arch. gén. de méd.*, janvier 1848 (*Analyse de la thèse du docteur Willemin sur les complications des fièvres éruptives entre elles.* Paris, 1847).

(5) Graves, *Leçons de clinique médicale*, traduit par Jaccoud, 2e édit. Paris, 1863, t. I.

La *durée* totale de la maladie a des limites beaucoup moins étroites que celles de la rougeole; elle varie, en effet, entre 10 et 40 jours. Une durée de 40 et même de 30 jours ne s'observe pas fréquemment. La longue durée de la maladie est principalement due à la durée de la période de desquamation.

La durée des *trois périodes* dont se compose la marche de la scarlatine est assez variable. Ainsi la *durée de l'invasion* est de 12 heures à 4 jours et plus; le plus souvent elle varie entre 36 et 48, ou 60 heures. La *durée* de la période d'éruption est en général plus longue : elle varie de 4 à 6 jours dans le plus grand nombre des cas. Quelquefois on l'a vue beaucoup plus courte, 12 ou 24 heures, et quelquefois aussi beaucoup plus longue, 10, 15 jours, ou même, suivant quelques auteurs, 20, 30 et 40; mais ces derniers chiffres sont exceptionnels, et il n'est pas certain que, dans quelques cas, il n'y ait pas erreur de diagnostic.

La *période de desquamation* est la plus variable de toutes sous le rapport de la durée. Parfois on la voit terminée en 4 ou 5 jours, et parfois aussi elle dure 20 jours et plus. Dans le plus grand nombre des cas, néanmoins, elle ne dépasse pas 10 ou 12 jours.

La scarlatine à l'état sporadique et régulière *se termine* rarement par la mort; il n'en est pas de même dans les épidémies, qui sont bien loin, néanmoins, d'être également meurtrières. Tantôt, on a observé une mortalité de 1 sur 20, et tantôt de 1 sur 8 et même de 1 sur 4. La scarlatine irrégulière, et surtout la scarlatine compliquée et maligne, sont fréquemment mortelles.

[La gravité du pronostic varie singulièrement suivant les époques. Sydenham considérait la scarlatine comme méritant à peine le nom de maladie. Au contraire on a vu, en d'autres temps, la scarlatine faire d'effrayants ravages. Graves, cité par Trousseau, rappelle qu'en 1800, 1801, 1803 et 1804 la scarlatine fut très-meurtrière en Irlande (1), une semblable épidémie affligea ce pays en 1834 et « couvrit l'Irlande d'un deuil plus grand que ne le fit le typhus quelques années plus tard, et que ne l'avait fait le choléra en 1832 » (2).]

Comme la rougeole, la scarlatine peut se reproduire plusieurs fois chez le même sujet; mais c'est là une exception. Lorsqu'elle *récidive*, ce n'est ordinairement qu'une fois : cependant quelques auteurs (Jahn, Henrici) affirment l'avoir vue jusqu'à sept et même dix-sept fois chez un même sujet.

§ V. — Lésions anatomiques.

Une putréfaction plus rapide des cadavres, des taches livides, violacées, dans les points occupés par l'éruption; l'injection du tissu réticulaire de la peau, la congestion des organes internes, des altérations analogues sur la muqueuse buccale et pharyngienne; dans les cas de scarlatine hémorrhagique, de petits épanchements sanguins à la surface des muqueuses et même dans le parenchyme des organes; un gonflement des plaques de Peyer et de Brunner, que quelques médecins ont regardé à tort comme une altération semblable à celle qui caractérise anatomiquement la fièvre typhoïde; les lésions qui sont dues aux diverses complications; l'anasarque : telles sont les lésions qu'on a notées dans cette maladie. On y cher-

(1) Graves, *Leçons de clinique médicale*, traduit par Jaccoud. Paris, 1863, t. I, p. 404.
(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition. Paris, 1865, t. I, p. 91.

cherait vainement quelque chose qui pût nous éclairer sur la nature de l'affection.

Le *sang* est loin d'avoir, dans la scarlatine, des caractères physiques constants. Il est épais ou séreux, noirâtre ou clair ; il est fluide ou pris en caillots de coloration et de densité variables : il diffère donc, par ses apparences extérieures, du sang dans la rougeole ; et cependant Andral a trouvé dans les deux exanthèmes les mêmes caractères chimiques et microscopiques du liquide sanguin, c'est-à-dire, conservation de la moyenne normale de la fibrine (3 parties sur 1000) et augmentation de la proportion ordinaire des globules (127 sur 1000). Chez quatre malades, en effet, il a constaté que le chiffre de la fibrine était de 3, 3 1/2 et 4 ; et, chez deux autres, celui des globules de 136 et 146.

Il est probable que ces différences trouvées dans l'état du sang tiennent à la présence ou à l'absence de complications inflammatoires.

VI. — Diagnostic, pronostic.

Si l'invasion de la scarlatine dure plusieurs jours, il est presque impossible de savoir à quelle affection on va avoir affaire le premier et même le second jour ; dans le cas contraire, la rougeur de la bouche et l'angine survenant promptement, on est mis sur la voie du diagnostic.

Diagnostic de l'invasion. — Si la maladie commence par une fièvre très-intense, dont on ne trouve la raison dans la lésion d'aucun organe, on a lieu d'attendre l'apparition d'un exanthème ; s'il survient une angine assez vive, on a des raisons de croire à l'apparition prochaine de la scarlatine ; et lorsque la couleur rouge framboisée se montre sur le voile du palais et sur le pharynx, ces présomptions deviennent une certitude. Ces signes diagnostiques ont bien plus de valeur chez un enfant que chez un adulte.

Dans quelques cas de scarlatine irrégulière, l'éruption, avons-nous dit, peut être difficile à déterminer : le coryza existe aussi bien que l'angine, et l'on peut se demander s'il s'agit d'une scarlatine ou d'une *rougeole.*

Dans la scarlatine, la période d'invasion est plus courte ; l'angine est plus violente, tandis que le coryza est moins intense, du moins au début ; les symptômes cérébraux sont plus violents et plus fréquents ; la rougeur de la peau est uniforme ou régulièrement pointillée, tandis que dans la rougeole il existe des taches irrégulières. Dans la scarlatine, on observe un gonflement des pieds et des mains qui n'existe que dans la rougeole. La première ne présente pas les crachats nummulaires qu'on observe dans la seconde.

Ces signes diagnostiques ne sont pas infaillibles. Quand on en trouve un certain nombre réunis, on doit leur accorder une grande valeur.

Le diagnostic présente des difficultés dans les cas où il existe une angine sans éruption ; mais d'abord on peut mettre de côté l'angine simple, car, dans les cas dont il s'agit, on a affaire à une angine pultacée. C'est donc entre l'angine pultacée scarlatineuse et l'*angine diphthéritique* ou *couenneuse* que doit être porté le diagnostic (1).

(1) Voy. article ANGINE PULTACÉE, t. II.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la scarlatine et de la rougeole irrégulières.*

SCARLATINE.	ROUGEOLE.
Période d'invasion *plus courte*.	Période d'invasion *plus longue*.
Angine prédominante.	*Coryza* et *bronchite* prédominants.
Rougeur de la peau *uniforme* ou *régulièrement pointillée*.	Rougeur de la peau par *taches irrégulières*.
Symptômes cérébraux *plus fréquents et plus violents*.	Symptômes cérébraux *moins fréquents* et généralement *moins violents*.
Gonflement des pieds et des mains.	*Pas de gonflement* des pieds et des mains.
Pas de crachats nummulaires.	*Crachats nummulaires*.

2° *Signes distinctifs de l'angine pultacée scarlatineuse, dans les cas où l'éruption manque, et de l'angine couenneuse.*

ANGINE PULTACÉE SCARLATINEUSE.	ANGINE COUENNEUSE.
Se montre *dans le cours d'une épidémie de scarlatine*.	Se montre *en dehors des épidémies de scarlatine*.
Invasion *violente*.	Invasion *insidieuse*.
Amygdales plutôt *enduites par l'exsudation* que couvertes de pseudo-membranes.	Amygdales *couvertes de pseudo-membranes* évidentes.
L'exsudation se produit sur des parties d'un *rouge écarlate*.	La pseudo-membrane diphthéritique se produit sur des parties qui présentent une *rougeur inflammatoire*.
Exsudation *blanche, opaque, caséiforme, se laissant facilement sillonner par un corps un peu dur*.	Pseudo-membrane *grisâtre, tenace, ne recevant pas facilement l'empreinte des corps durs qui la sillonnent*.
Exsudation *envahissant simultanément toute l'étendue de l'arrière-bouche, et souvent celle des narines*.	Pseudo-membrane *commençant par des îlots sur les amygdales, et de là se portant vers le larynx*.
Médiocre tendance à se porter vers les voies respiratoires.	*Tendance extrême* à envahir les voies respiratoires.

Pronostic. — Lorsque la scarlatine survient chez un sujet sain, que l'intensité des symptômes d'invasion n'est pas extrême, et qu'il n'y a pas d'irrégularité dans sa marche, le pronostic est favorable.

Les complications les plus fâcheuses sont l'angine et le coryza pultacés, la gangrène de la bouche, et l'inflammation du cerveau et des méninges.

Nous n'avons pas besoin de signaler la gravité de la *scarlatine maligne ;* l'extrême intensité des symptômes fébriles rend le pronostic fâcheux, et c'est cette intensité extrême qui constitue la scarlatine maligne.

La scarlatine hémorrhagique est presque constamment mortelle.

L'anasarque consécutive est un accident fâcheux qui peut causer la mort.

Un état de santé altérée par une autre maladie ajoute beaucoup à la gravité du pronostic, quelle que soit la forme de l'affection : sous ce rapport, la scarlatine ne diffère pas des autres maladies.

Quelquefois la scarlatine, comme la rougeole, modifie avantageusement des maladies cutanées chroniques préexistantes.

§ VII. — Traitement.

Dans la *scarlatine simple et bénigne*, employez les mêmes soins hygiéniques que dans la rougeole. Seulement, après la disparition de la maladie, tenez avec soin et

plus longtemps les malades à l'abri du contact de l'air froid, à cause de l'imminence de l'anasarque. Suivant Vieusseux, on ne doit permettre aux malades, dans les saisons chaudes, de s'exposer à l'air extérieur que six semaines après la disparition de l'exanthème; et, dans la saison froide, on leur interdira pendant tout ce temps de passer d'une chambre dans une autre, et de s'exposer au moindre changement de température.

Quant aux sudorifiques, aux excitants généraux, aux couvertures chaudes et multipliées, aux excitants locaux, aux bains de vapeur, etc., il faut se rappeler ce que nous avons dit à leur égard dans le traitement de la rougeole.

Les *purgatifs* et les *vomitifs* sont recommandés par beaucoup d'auteurs; on les prescrit principalement dans les cas où il y a une angine intense. Le *calomel*, à la dose de 10 à 15 centigrammes, une, deux ou trois fois par jour, est fréquemment administré par les médecins anglais.

Dans les cas de *scarlatine maligne*, *putride*, *ataxique*, etc., il faut se conduire comme nous l'avons dit en parlant des cas analogues que présente la rougeole. (Pour la *scarlatine hémorrhagique*, voy. article ROUGEOLE.)

Les *accidents cérébraux* qui ne sont pas dus à une encéphalite ou à une méningite ne demandent guère de moyens particuliers. Dans le cas où il existe une inflammation cérébrale, on doit combattre cette complication par les moyens ordinaires.

Dans les cas mentionnés, lorsque la *saignée* ou les *émissions sanguines locales* sont indiquées par une complication inflammatoire, on ne doit pas hésiter à y avoir recours, mais, comme dans la rougeole, en user avec modération.

Un des moyens qui paraissent le plus efficaces, et qui sont le moins employés en France, consiste dans les *affusions froides*, administrées d'abord avec persévérance par Currie (1), après lui par beaucoup d'autres médecins anglais et allemands, et aujourd'hui par les hydrothérapistes.

Il faut réserver les affusions pour les cas où la fièvre est intense, où il y a des symptômes ataxiques; en un mot, pour les cas les plus graves.

Les *affusions froides* sont pratiquées en plaçant le malade dans une baignoire, et en lui jetant sur le corps cinq ou six seaux d'eau froide coup sur coup. Les *lotions* sont faites sur tout le corps avec une éponge ou une serviette mouillée. Après les affusions et les lotions, essuyez avec grand soin les malades, mais ne les couvrez pas plus qu'auparavant, ne les entourez pas de linges chauffés. Les affusions et les lotions doivent être pratiquées toutes les deux, trois ou quatre heures. C'est au médecin à juger si elles doivent être rapprochées ou éloignées, ce qui dépend de la plus ou moins grande rapidité avec laquelle la chaleur morbide se reproduit.

On sait qu'avant de soumettre les malades au *traitement hydrothérapique*, on provoque chez eux la transpiration.

Il y a loin de ces traitements à celui que l'on a si longtemps préconisé, et qui consistait à *pousser à la peau* en donnant les excitants, les sudorifiques, et en surchargeant les malades de couvertures; mais l'expérience est tout à fait favorable à la méthode réfrigérante. Les faits en faveur de la méthode de Currie ont été accumulés; les médecins honorables qui ont observé dans les établissements hydrothé-

(1) Currie, *Medic. Reposit.*, etc. Liverpool, 1814.

rapiques ont vu l'eau froide, appliquée dans des conditions en apparence si défavorables, produire un soulagement notable, sans jamais causer aucun accident.

Les affusions, les lotions d'eau froide, n'ont pas le danger que des idées théoriques leur avaient attribué ; leur effet immédiat est de calmer les malades et de leur donner une sensation de fraîcheur agréable ; quant au résultat définitif, c'est-à-dire à l'issue et à la durée de la maladie, il faut de nouvelles recherches, dans lesquelles on tienne compte de la gravité des symptômes, de l'état de simplicité ou de complication de la maladie, de l'âge des malades, de l'état sporadique ou épidémique de l'affection, etc., etc.

Les partisans outrés de la médication par l'eau froide l'emploient dans tous les cas de scarlatine : c'est un excès. On réservera cette médication pour les cas où la chaleur est très-élevée, la fièvre violente et l'agitation considérable.

Traitement prophylactique. — La *belladone* a été recommandée principalement par les médecins allemands [et par Raoul Leroy, d'Etiolles (1)] ; on l'administre ainsi qu'il suit :

℞ Extrait de belladone . . . 5 centigram.	Eau de cannelle. . . . . 15 gram.

Doses : aux enfants d'un an, deux ou trois gouttes matin et soir ; aux enfants de deux ans, trois ou quatre gouttes ; et ainsi de suite, en augmentant d'une goutte par chaque année.

Signalons l'*eau de goudron*, le *calomel*, les *fumigations acides*, le *soufre doré d'antimoine;* nous n'avons pas de preuves suffisantes de leur efficacité.

Webster (2) emploie, principalement comme traitement prophylactique, les lotions sur tout le corps avec un mélange d'*acide acétique*, ou simplement de *vinaigre* ordinaire et d'*eau tiède.* Il annonce que de nombreux faits lui ont appris que par ce moyen bien simple on empêche la propagation de la maladie aux autres personnes habitant la même maison. C'est une médication qu'on peut facilement essayer.

L'*inoculation* proposée par Lehmann et M. Miquel (d'Amboise) peut être employée dans une épidémie, mais on n'est pas encore fixé sur sa valeur.

Presque tous les auteurs s'accordent à dire qu'il faut s'en tenir à l'*isolement.* C'est surtout au moment où l'éruption et l'angine sont dans toute leur vigueur que la transmission paraît à craindre, mais il faut bien se garder de croire qu'elle n'est pas possible à toutes les époques de la desquamation.

Pour prévenir les accidents consécutifs à la scarlatine, Schneemann (3) conseille les *onctions faites avec un morceau de lard chauffé*, *sur tout le corps*, à la période de desquamation. Ces onctions doivent être faites sans découvrir le malade, pour éviter le refroidissement. Ebert (4) préconise ce traitement à toutes les époques de la maladie. Selon lui, sous l'influence de ces frictions, la période d'éruption est plus rapide, les complications sont moins à craindre, il n'y a pas de desquamation, le malade peut quitter la chambre du dixième au onzième jour. Ebert n'a jamais vu d'anasarque consécutive ; il a pu, en outre, faire communiquer les

(1) Raoul Leroy, d'Estiolles, *Étude sur le traitement prophylactique de la scarlatine par la belladone et par l'inoculation* (*Gazette hebdomadaire*, 1858).
(2) Webster, *Monthly Journ.*, et *Revue méd.-chir.*, septembre 1850.
(3) Voy. article PHARYNGITE PULTACÉE, t. III.
(4) Ebert, *Annal. Berlin*, 1851, et *Bulletin gén. de thérap.*, 31 août 1851.

malades avec des personnes saines, et il n'a pas observé la transmission de l'affection. Enfin sur 22 malades, dont 11 offraient des complications fâcheuses, 13 ont été traités par les frictions : un seul a succombé après la première friction, les autres les ont subies régulièrement deux fois par jour pendant dix jours. Parmi les 9 qui furent soumis à un autre traitement, 3 succombèrent. En admettant que l'observation ultérieure vienne confirmer les résultats obtenus par Schneemann et Ebert, les onctions faites avec toute autre matière grasse auraient les mêmes effets.

Pour combattre l'*anasarque scarlatineuse* qu'il attribue, comme nous l'avon vu, à l'albuminurie, W. Gosse (1) conseille les *émissions sanguines*, les purgatifs *hydragogues*, les *bains chauds* chaque soir, et de petites doses de *tartre stibié* fréquemment répétées. Selon lui, les diurétiques sont contre-indiqués, parce qu'ils favorisent l'expulsion de l'albumine.

D'après Maclagan (2) l'*extrait acétique de colchique* aurait la propriété d'augmenter la quantité d'urée et d'acide urique, et de diminuer celle de l'albumine. Dans trois cas d'anasarque suite de scarlatine, ce médecin dit avoir administré ce médicament avec le plus grand succès. On peut le prescrire à la dose de 5 à 15 grammes deux ou trois fois par jour.

Pour le *traitement de l'angine pultacée*, voyez tome III.

ARTICLE VIII.

MILIAIRE (*fièvre, suette miliaire*).

Il importe de déterminer si la miliaire mérite réellement une place dans le cadre nosologique, ou si, comme l'a professé Chomel (3), elle n'est qu'un épiphénomène survenu dans le cours de plusieurs maladies fébriles.

Nous n'aurons pas recours aux auteurs des siècles derniers, bien qu'on pût leur emprunter des éléments utiles ; nous mentionnerons les recherches faites dans ces vingt dernières années avec le soin qu'on apporte aujourd'hui à l'observation. En 1821, il y eut, dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise, une épidémie de suette miliaire; elle fut observée par Rayer, qui nous en a donné une bonne description (4). En 1832, Menière, Pinel-Grandchamp et Hourmann observèrent une épidémie semblable dans les mêmes localités, et Menière la décrivit (5). En 1839, époque à laquelle paraissait l'article de Chomel, on publiait une relation d'une épidémie qui se manifesta dans l'arrondissement de Coulommiers, et qui fut étudiée par Barthez, Noël Gueneau de Mussy et Landouzy (6). La même année, A. Robert (7) donnait une description de la fièvre miliaire qu'il observait depuis sept ans à Chaumont et aux environs; enfin Parrot (de Périgueux), ayant été témoin

(1) W. Gosse, *Gazette méd. de Strasbourg*, 1848.
(2) Maclagan, *Monthly Journ. of med.*, décembre et janvier 1852, et *Bulletin gén. de thérap.*, 15 février 1852.
(3) Chomel, *Dictionnaire de médecine*, t. XX, art. MILIAIRE.
(4) Rayer, *Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné en* 1821 *dans les départements de l'Oise et de Seine-et-Oise*. Paris, 1822, in-8.
(5) Menière, *Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXIX, p. 98.
(6) *Gazette médicale de Paris*, 1839.
(7) A. Robert, *De la fièvre miliaire*, 1839.

d'une épidémie semblable dans le département de la Dordogne en 1841, en envoya la relation à l'Académie de médecine (1).

Pendant que la dernière épidémie de choléra sévissait en France, on a observé, dans un grand nombre de localités, une autre épidémie de suette sur laquelle nous avons eu plusieurs relations importantes, parmi lesquelles nous citerons celles de Foucart (2), J. Bourgeois, d'Étampes (3), et Taufflieb (4). Ces dernières relations ont modifié notre manière de voir sur plusieurs points, et en particulier sur la gravité de la maladie.

Un examen attentif de ces relations nous a démontré qu'il existe une affection bien distincte de toutes les autres, à laquelle on peut donner le nom de *fièvre miliaire*. Nous nous fondons principalement sur la ressemblance des symptômes et de la marche de la maladie dans les diverses épidémies observées.

Il faudrait se garder de considérer comme une fièvre miliaire proprement dite toute affection dans laquelle se produit l'éruption miliaire : les faits signalés par Chomel ne sauraient, en effet, être contestés, et il est certain que, dans un assez grand nombre de cas, l'éruption miliaire n'est qu'une complication, ou un épiphénomène pour nous servir de l'expression de Chomel. A Paris, nous n'observons guère que des cas de ce dernier genre, et c'est probablement ce qui a jeté du doute dans quelques esprits.

La miliaire purement symptomatique n'ayant qu'une très-faible importance, nous en dirons à peine quelques mots, et nous nous occuperons presque exclusivement de la fièvre miliaire proprement dite, celle qui mérite le nom de *suette*.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La maladie, telle que nous l'envisageons ici, est une fièvre, une pyrexie, caractérisée principalement par de grandes sueurs et par une éruption papulo-vésiculeuse, qui, si l'on s'en rapporte à quelques cas, n'est pas constante, mais qui du moins manque bien rarement. Les boutons qui constituent l'éruption ont à peu près la forme et le volume d'un grain de millet, et c'est ce qui a fait donner à cette maladie le nom de *miliaire*.

Les principales dénominations sous lesquelles elle a été désignée sont les suivantes : *miliaria*, *exanthema miliare*, *febris purpurata miliaris*, *purpura miliaris*, *purpura alba*, *hydroa*, *febris vesicularis*, *pourpre blanc*, *millot*, *millet*, *suette des Picards*, *fièvre sudorale*, etc.

Les épidémies de suette miliaire ne sont pas rares ; elles sont toutefois moins fréquentes et surtout moins meurtrières que dans les deux siècles derniers. Si l'on excepte la miliaire symptomatique, on peut dire que cette affection est assez rare à l'état sporadique ; cependant on en observe des exemples plus ou moins nombreux chaque année dans les localités où ont sévi les épidémies.

(1) Parrot, *Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné dans le département de la Dordogne* (*Mém. de l'Acad. de médecine*, Paris, 1843, t. X, p. 386).

(2) Foucart, *De la suette miliaire, de sa nature et de son traitement*. Paris, 1854, in-8. — *Bulletin de l'Acad.*, t. XIV, p. 922, 1116. — *Rapport sur la suette miliaire*, par Jules Guérin (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1853, t. XVII, p. 1 et suiv.).

(3) J. Bourgeois, *D'une épidémie particulière de suette, survenue concurremment avec celle du choléra en* 1849 (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XXI, p. 303).

(4) Taufflieb, *Bulletin gén. de thérap.*, mai 1849.

[Il ne faut pas confondre la *suette de Picardie* avec la *suette anglaise* (*sudor anglicus*), maladie meurtrière qui, au moyen âge, a décimé une partie de l'Europe et n'a plus reparu dans les temps modernes ; en effet, il est impossible de trouver entre les symptômes de la suette de Picardie et ceux de la suette anglaise la moindre analogie.]

§ II. — Causes.

C'est de vingt à quarante ans qu'on est le plus exposé à la suette miliaire (Rayer); les femmes y sont plus sujettes que les hommes, dans la proportion de 5 à 4 environ (Rayer, Parrot, N. Gueneau de Mussy, Barthez, Landouzy). Suivant Parrot (de Périgueux), la *grossesse* et l'*état puerpéral* y prédisposent particulièrement. Du reste, on n'a noté aucune influence appréciable de la part des conditions hygiéniques.

Quant aux causes déterminantes de la suette proprement dite, nous devons convenir que nous ne les connaissons nullement. Quelques médecins ont admis la *contagion*, mais sans aucune preuve. Ainsi que l'a fait remarquer Foucart (1), rien n'a démontré jusqu'à présent, d'une manière positive, qu'elle soit transmissible par voie de contagion ou d'infection. Elle est ordinairement *épidémique* et *endémique.*

Boinet (2) a vu la suette exister en même temps que le choléra chez les mêmes individus; c'était le choléra qui survenait dans le cours de la suette. Ces faits sont contraires à l'opinion de Lachaise (3), qui pense que quand il survient une épidémie d'une de ces maladies, elle suspend l'autre, et réciproquement.

§ III. — Symptômes.

On a divisé, pour décrire les symptômes, la suette miliaire en *continue* et en *rémittente;* mais dans les épidémies on a le plus ordinairement observé cette affection sous la forme continue. Parrot seul, qui observait dans la Dordogne, a trouvé presque constamment la fièvre rémittente. La fièvre miliaire continue est celle qu'il importe le plus d'étudier; quelques mots serviront à faire connaître la forme rémittente.

Symptômes précurseurs. — Suivant quelques auteurs, un des caractères de la suette miliaire consiste dans l'*invasion brusque* de la maladie, de telle sorte que, dans une épidémie, on voit beaucoup de sujets qui la veille étaient bien portants, et qui le lendemain présentent un des symptômes les plus caractéristiques, c'est-à-dire les sueurs abondantes. D'autres ont vu presque toujours les symptômes caractéristiques précédés, pendant un ou plusieurs jours, d'un état de malaise marqué, d'anorexie, de lassitude spontanée, d'une fatigue que le sommeil ne dissipe pas. Robert a noté presque constamment ces symptômes précurseurs. D'autres ont observé la céphalalgie sus-orbitaire, des douleurs dans les articulations et à l'épigastre, des nausées, des vomissements, des coliques. La seule conclusion qui soit permise, c'est que, sous ce rapport, les choses se passent différemment dans les diverses épidémies, car, d'un autre côté, c'est d'après des observations exactes que

(1) Foucart, *loc. cit.*
(2) Boinet, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1849, t. XV, p. 79.
(3) Lachaise, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 28 août 1849, t. XIV, p. 1023.

Barthez, Noel Gueneau de Mussy et Landouzy ont avancé que la maladie a souvent une invasion brusque.

Invasion. — Que la maladie ait commencé ou non par les symptômes que nous venons d'énoncer, l'*invasion* réelle de la suette est le plus souvent marquée par un *frisson* plus ou moins violent, suivi d'une sueur abondante et de brisement des membres. Dès ce moment la maladie est confirmée.

Symptômes de la maladie confirmée. — Les *sueurs* constituent un des symptômes les plus importants et les plus prompts à se montrer. Dans les cas où il n'y a pas de symptômes précurseurs, elles marquent presque toujours le début, et dans les autres elles suivent, comme nous l'avons dit plus haut, le frisson de très-près.

Les sueurs sont principalement remarquables par leur abondance et par leur continuité. Rayer a insisté avec raison sur ce caractère, et a noté que la sueur existe dans tous les moments à un degré remarquable, quelle que soit la forme de la maladie. Il faut reconnaître, avec Barthez, N. Gueneau de Mussy, Parrot et Robert, que, dans la forme rémittente, il y a une différence notable dans l'abondance des sueurs pendant les paroxysmes et pendant les intervalles qui les séparent.

L'*abondance des sueurs* est telle, que les draps, les matelas, en un mot, le lit tout entier peut en être traversé ; que, en tordant les draps, on voit parfois la sueur ruisseler, et que, en soulevant les couvertures, on la voit s'élever sous forme d'une vapeur dense qui, en se condensant, retombe comme une pluie. Il y a néanmoins des degrés très-divers dans l'abondance des sueurs, mais on peut dire d'une manière générale qu'elles sont remarquables par leur quantité.

Suivant A. Robert, la sueur est aigre et répand une *odeur de vinaigre moisi.* Cependant Barthez, N. Gueneau de Mussy et Landouzy, ayant appliqué du papier de tournesol sur la face des malades, n'ont trouvé ni acidité ni alcalinité prononcée. Rayer et Moreau (1) ont comparé l'odeur de la sueur à celle de la *paille pourrie ;* mais, suivant Menière, cette odeur ne se montre que lorsque les malades sont couchés sur des paillasses déjà vieilles et formant la pièce principale du lit. Quant à H. Parrot, il ne compare cette odeur à aucune autre, et se contente de dire qu'elle est tellement caractéristique, qu'il est impossible de ne pas la reconnaître quand on l'a une fois sentie.

La *chaleur* de la peau est élevée, et cette élévation de la température est en rapport direct avec l'intensité de la maladie. Cette membrane, étant comme macérée par la sueur, fait, suivant H. Parrot (de Périgueux), éprouver, au toucher, une sensation particulière et indéfinissable, qui, d'après cet auteur, est pathognomonique.

C'est au bout de trois, et bien plus souvent de quatre jours que se manifeste l'*éruption* qui a valu à la maladie le nom de *fièvre miliaire*. Robert l'a vue survenir du quatrième au sixième jour, et il n'est pas très-rare de ne la voir apparaître que le septième et même le huitième jour. Cette éruption est précédée d'un sentiment de *picotement* et de *fourmillement général* auquel elle ne tarde pas à succéder. L'éruption n'est pas un phénomène constant, mais les cas dans lesquels on ne l'a pas observée sont assez rares pour qu'on accorde la plus grande valeur à ce symptôme, d'autant plus que, comme le font très-bien remarquer Barthez, N. Gueneau

(1) Rayer et Moreau, *Journal hebdomadaire de médecine*, t. VIII.

de Mussy et Landouzy, on a dû, par suite de la tendance qu'on a à rapporter pendant une épidémie la plupart des affections à la maladie régnante, voir parfois une suette miliaire là où elle n'existait pas.

Barthez, N. Gueneau de Mussy et Landouzy ont décrit les trois variétés de l'éruption désignées sous les noms de *miliaire rouge*, *miliaire vésiculeuse* ou *bulleuse*, *miliaire blanche*. La *miliaire rouge* consiste dans de petites taches de 2 à 5 millimètres de diamètre, rouges, légèrement saillantes, donnant de la rudesse à la peau, disparaissant sous la pression, et reparaissant promptement. Les auteurs que nous venons de citer ont vu, au moyen de la loupe, une petite vésicule au sommet de ces taches.

La *miliaire vésiculeuse* consiste dans des vésicules plus volumineuses, entourées à leur base d'une auréole rouge renfermant un liquide transparent qui, au bout de quelque temps, prend un aspect puriforme, ce qui a fait donner à cette variété le nom de *vésiculo-pustuleuse*. Lorsque la sérosité s'accumule en plus grande abondance sous l'épiderme, il en résulte des bulles ou des phlyctènes; c'est alors la *miliaire bulleuse* ou *phlycténoïde*.

Miliaire blanche. — On a donné ce nom à des vésicules entièrement semblables aux sudamina qu'on trouve dans plusieurs maladies, et particulièrement dans la fièvre typhoïde.

Ces diverses espèces d'éruptions se montrent souvent réunies sur le même sujet, ou du moins on les voit apparaître successivement. Celle qui se rencontre le plus rarement est la forme bulleuse ou phlycténoïde.

L'éruption peut se prolonger pendant deux ou trois septénaires; les vésicules se renouvellent; les unes se dessèchent, et d'autres apparaissent, jusqu'à ce que les symptômes généraux se dissipent, ou qu'il survienne, au contraire, un état grave, et annonçant la mort, pendant lequel l'éruption pâlit et se flétrit.

Il arrive quelquefois, lorsque l'éruption a été uniquement constituée par des papules rouges, que la miliaire ne laisse après elle aucune *desquamation;* mais le plus souvent on observe une desquamation marquée, tantôt d'apparence furfuracée, et tantôt formée par des lambeaux épidermiques d'une assez grande étendue, comme dans la scarlatine. On a vu la langue, bien qu'on n'y ait pas pu découvrir de vésicules, se dépouiller de son épiderme par une desquamation semblable à celle du reste du corps, et rester d'un rouge vif comme lorsque le *muguet* s'est détaché.

Quand il n'y a eu qu'une miliaire rouge, on ne doit pas admettre trop promptement l'absence de la desquamation. Barthez, Noël Gueneau de Mussy et Landouzy l'ont en effet observée dans quelques cas, huit ou dix jours après la disparition de tous les autres symptômes.

Le *siége* de prédilection de l'éruption est la partie antérieure de la poitrine, l'abdomen et la région dorsale; viennent ensuite les membres supérieurs, puis les inférieurs, et enfin la face et le cuir chevelu. Il est rare qu'on la rencontre sur les pieds. Rayer, Barthez, Noël Gueneau de Mussy et Landouzy l'ont vue jusque sur le voile du palais, mais jamais sur la langue.

Parfois l'éruption se fait très-rapidement sur la surface du corps; elle est ordinairement alors *confluente;* parfois elle se montre successivement et lentement sur les points précédemment mentionnés; elle peut être alors *discrète*, et parfois aussi

elle reste *circonscrite* dans une partie limitée du corps, l'abdomen par exemple.

Le *prurit*, les *fourmillements* signalés plus haut, se continuent pendant l'éruption; quelquefois il y a des picotements vifs; quelquefois aussi des douleurs assez violentes à la surface du corps. Ces symptômes sont, en général, en rapport direct avec l'abondance et la rapidité de l'éruption.

Pendant que ces phénomènes se produisent, il y a une *céphalalgie* plus ou moins violente, ordinairement frontale, durant pendant tout le cours de la maladie, augmentant au moment de l'éruption, et quelquefois acquérant alors une violence extrême. Dans plusieurs épidémies, cette céphalalgie a été constante; mais dans quelques-unes, et notamment dans celle qu'ont observée Barthez, Gueneau et Landouzy, ce symptôme a manqué dans un certain nombre de cas et n'a eu qu'une durée limitée dans d'autres. J. Bourgeois (d'Étampes) (1) a observé maintes fois des *douleurs névralgiques de la tête.*

Il y a en outre de l'*agitation*, de l'inquiétude, de l'abattement, de l'insomnie; parfois même du *délire*, des spasmes, des convulsions, et ces symptômes ont une intensité très-variable, suivant les cas. En général, la faiblesse est grande, et l'on observe des douleurs dans les articulations et un sentiment de brisement des membres. Barthez, N. Gueneau de Mussy et Landouzy ont observé chez plusieurs malades des *épistaxis* assez abondantes, et chez quelques-uns on a eu de la peine à arrêter l'hémorrhagie.

Du côté des *voies digestives*, on note une soif rarement très-vive, la perte de l'appétit, un état saburral des premières voies. Parfois quelques nausées et des vomissements, et surtout une *constriction douloureuse de l'épigastre* qui a frappé tous les observateurs. Comme les symptômes précédents, cette douleur épigastrique peut exister dès le début de la maladie; mais comme eux aussi, et plus encore, elle augmente notablement au moment de l'éruption et pendant sa durée. Chez certains sujets, cette douleur épigastrique est atroce; elle dure deux ou trois heures, puis se dissipe en plus ou moins grande partie, pour reparaître plus tard, et ainsi de suite. Chez quelques malades, c'est un sentiment d'angoisse très-pénible, auquel succèdent parfois de véritables *lipothymies.* Le *sang* résultant des saignées n'est jamais couenneux, suivant l'observation de H. Parrot; il offre un caillot large et peu consistant, et une grande quantité de sérum.

Chez un petit nombre de sujets, Rayer a observé un flux dysentérique; mais les cas de ce genre sont rares. Des *aphthes* et des *productions pseudo-membraneuses* se manifestent dans un assez grand nombre de cas.

Bien qu'il n'y ait presque jamais, dans les *organes respiratoires*, de lésion appréciable par la percussion et l'auscultation, les malades présentent de l'oppression, une respiration fréquente et pénible, et parfois même des menaces de suffocation. On a attribué ces symptômes à une altération de l'influx nerveux. Dans quelques cas rares, on a trouvé les signes d'une bronchite peu intense.

Les *urines*, transparentes pendant le cours de la maladie, deviennent troubles et sédimenteuses à la fin de l'éruption, lorsque la maladie se termine heureusement. A. Robert a constamment observé ce symptôme.

On a remarqué qu'un très-grand nombre de femmes, atteintes de la suette mi-

(1) Bourgeois (d'Etampes), *loc. cit.*

liaire, avaient leurs menstrues pendant la maladie; on en a conclu que cette affection provoque et avance l'*éruption menstruelle*. Il est difficile de se prononcer sur ce point; cette particularité a été signalée dans plusieurs épidémies. Parrot a observé plusieurs *avortements* dans le cours de l'affection.

Le *pouls* est accéléré, et en général développé pendant l'éruption. Lorsque la maladie devient très-grave, il est souvent faible, petit, serré, irrégulier. Dans les cas très-intenses, les battements du cœur sont violents et tumultueux.

Dans un certain nombre de cas, ils sont légers, quoique nombreux; la maladie suit son cours sans perturbation, l'éruption se fait bien, et la terminaison favorable a lieu au bout de huit à quinze jours : c'est la *suette miliaire bénigne*. Dans d'autres cas, la maladie parcourt également bien ses périodes; mais l'agitation, les douleurs, la constriction épigastrique, etc., en un mot les principaux symptômes offrent un grande intensité; la maladie a une plus longue durée; la convalescence est pénible, et parfois les malades succombent, ordinairement par suite d'une complication : c'est la *suette miliaire intense*. Dans quelques cas enfin, le début est brusque, les symptômes nerveux sont extrêmement violents, la fièvre est des plus intenses, et la sueur d'une abondance excessive. Les malades sont alors rapidement emportés; le plus souvent il n'y a pas d'éruption, et c'est dans ces cas surtout qu'on observe le *délire*, parfois furieux, les tremblements spasmodiques, les soubresauts des tendons, etc., phénomènes qui annoncent la terminaison fatale : c'est la suette *maligne* ou *foudroyante*.

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

Il résulte de ce que nous avons dit que la maladie, lorsqu'elle est simple et continue, peut se diviser en quatre périodes distinctes : 1° *période prodromique*, 2° *période sudorale*, 3° *période éruptive*, 4° *période de desquamation*. Une ou plusieurs de ces périodes peuvent manquer sans que la maladie cesse d'être caractérisée; il est probable qu'on a beaucoup exagéré ce fait. Barthez, Noël Gueneau et Landouzy, qui ont fixé leur attention sur ce point, n'ont pas vu un seul cas dans lequel l'éruption ait manqué; mais on leur a dit qu'il en avait été ainsi. N'aurait-on pas bien des fois laissé passer inaperçue une éruption légère ? Les cas dans lesquels les sueurs ont manqué sont beaucoup plus rares encore, et en outre, comme d'une part, elles viennent avant l'éruption, et, de l'autre, qu'elles peuvent se supprimer lorsque celle-ci paraît, il ne serait pas impossible que bien des fois on eût cru à tort à leur absence.

Nous avons parlé de la *forme continue* de la suette miliaire; mais même dans cette forme continue, on voit souvent des *paroxysmes* assez marqués, avec un *redoublement de sueur* pendant leur cours.

Forme rémittente. — On sait quels sont les caractères d'une fièvre rémittente, et la rémittence de la suette miliaire est souvent marquée par des signes très-légers qui pourraient échapper à l'examen, s'ils n'étaient particulièrement indiqués.

La fièvre miliaire rémittente est le plus souvent sporadique; elle a ordinairement une invasion brusque; quelquefois il y a un frisson périodique ou un refroidissement partiel, suivi de chaleur ou de sueur, mais souvent aussi l'accès est irrégulier, n'est caractérisé que par une augmentation de mouvement fébrile, ou simplement par du malaise, un peu d'abattement, une légère accélération du pouls, et même

la pâleur de l'éruption. Robert a constaté, dans un certain nombre de cas, que les urines étaient claires au commencement du redoublement et troubles à la fin. Il a trouvé aussi que, dans la forme rémittente, l'éruption n'est souvent que partielle.

La *durée* de la maladie varie beaucoup, suivant qu'elle est légère, intense ou maligne. Dans le premier cas, elle ne dépasse guère deux septénaires; dans le second, le rétablissement étant ordinairement lent et difficile, il n'est pas rare de voir des cas durer trois semaines, un mois et plus; dans le troisième, la mort survient dans le premier ou au commencement du second septénaire; si les malades échappent, la durée de la maladie est généralement plus longue encore que dans le second cas.

La *terminaison* par la mort a été fréquente; elle a varié dans les diverses épidémies. La mortalité a été, dans une, de 1 sur 19; dans une autre, de 1 sur 13; dans d'autres, plus grande encore. Les soubresauts des tendons, le désespoir, l'abatement, le coma, sont les symptômes qui se sont produits dans les derniers moments, et c'est aussi alors qu'on a vu le plus souvent survenir le flux dysentérique signalé par Rayer.

C'est là ce qu'on avait observé avant la dernière épidémie; mais il est résulté des diverses relations que les auteurs nous ont données de cette épidémie, que peut-être la grande mortalité observée dans plusieurs des précédentes était due à la manière vicieuse dont la maladie était traitée. Si l'on a le soin de ne pas trop couvrir les malades, contrairement à ce que l'on faisait autrefois pour aider une transpiration qui n'est déjà que trop abondante, et si l'on n'emploie qu'une médication très-simple, la mortalité est très-peu considérable ou nulle. Ce qu'on a attribué à la médication pourrait bien n'être dû qu'à la bénignité particulière de l'épidémie, et recevoir un démenti dans une épidémie nouvelle.

§ V. — Lésions anatomiques.

Parrot a remarqué que les cadavres des sujets morts de la suette miliaire tombent très-rapidement en putréfaction, ce qui avait déjà été signalé par Charles Allioni, de Turin (1); que de larges ecchymoses se produisent dans les parties les plus déclives, et que le sang est accumulé vers la tête, de manière à la gonfler.

Dans l'estomac et dans l'intestin, on n'a pas trouvé de lésions constantes. De la rougeur, quelques plaques violacées, telles sont les lésions bien légères qui sont le plus généralement observées dans ces organes.

H. Parrot n'a rencontré que dans quelques cas une légère tuméfaction des follicules de Peyer et de Brunner. Bourgeois (cité par Barthez, Gueneau et Landouzy) a vu une fois une éruption vésiculeuse dans l'iléon et le gros intestin, et Robert a signalé comme une lésion fréquente un développement considérable des follicules de Brunner, sans entrer dans de plus grands détails.

Un état fréquent de congestion du foie et de la rate, les poumons gorgés de sang, surtout vers les parties déclives; les veines et même les artères remplies d'un sang noir et fluide : telles sont les autres lésions signalées.

Aucune de ces lésions n'est constante, il n'en est également aucune qui puisse caractériser une des autres maladies fébriles que nous connaissons. Dans un certain

(1) Charles Allioni, *Tractatus de miliariæ origine*, etc. Turin, 1758.

nombre de cas, on trouve les traces d'une angine, d'un rhumatisme articulaire, etc. : mais ces cas, qui ne sont pas les plus fréquents dans les épidémies, doivent être regardés comme des cas compliqués qui n'infirment nullement la règle.

§ VI. — Complications.

Sous le nom de *fièvre miliaire compliquée*, les auteurs ont réuni deux ordres de faits fort différents. Dans le premier il s'agit, en effet, de maladies fébriles bien connues, comme la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire, la pneumonie, dans le cours desquelles survient une éruption miliaire plus ou moins abondante. Ce sont ces cas qui ont été regardés comme exprimant la règle, ce qui a engagé à nier l'existence d'une affection particulière bien déterminée à laquelle on puisse donner le nom de *fièvre* ou *suette miliaire*. Ce ne sont pas là les cas qu'on observe ordinairement dans les épidémies, et non-seulement ils ne doivent pas être regardés comme des fièvres miliaires compliquées, mais encore on doit n'accorder à l'éruption miliaire qu'une faible importance, et ne la regarder elle-même que comme une complication généralement insignifiante.

Dans d'autres cas, il survient dans le cours de la suette miliaire une *angine intense*, une *bronchite*, des *aphthes*, une *entérite*. Ce sont là véritablement les cas qu'on peut regarder comme compliqués. Ces angines simples ou couenneuses, ces bronchites, ces entérites, au lieu d'être des complications, ne seraient-elles pas plutôt des lésions secondaires plus ou moins fréquentes, appartenant à la fièvre miliaire elle-même ?

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Pendant la vie, les sueurs abondantes, la forme de l'éruption, la marche de la maladie, servent à distinguer la fièvre miliaire du rhumatisme, de la rougeole, de la scarlatine; et, après la mort, l'absence de lésions dans les follicules de Peyer vient se joindre aux signes symptomatiques pour éloigner toute idée de fièvre typhoïde.

Pronostic. — Quelquefois l'affection, commençant sous les apparences les plus bénignes, s'aggrave tout à coup et devient en peu de jours, parfois en peu d'heures, mortelle. La grande intensité de la fièvre au début, l'excessive abondance des sueurs, la très-grande anxiété, la terreur des malades, sont des signes qui doivent faire redouter une terminaison funeste. L'affection a un degré de gravité très-variable, suivant les épidémies, bien que ce degré soit toujours assez élevé. On a vu souvent des épidémies d'une violence extrême.

Quelle est la part du traitement dans la mortalité? C'est ce que nous avons tâché de déterminer plus haut, en parlant de la terminaison. J. Bourgeois n'a jamais vu la maladie causer la mort, ce qui prouve la grande influence d'un traitement simple comme celui qu'il a employé.

§ VIII. — Traitement.

Émissions sanguines. — Les opinions sont très-partagées sur l'utilité des émissions sanguines et sur le degré de cette utilité. Rayer a constaté que la *saignée générale*, pratiquée avec modération, était utile pour calmer le mouvement fébrile; que les *sangsues* aux pieds apaisaient la céphalalgie, et qu'en les appliquant à

l'épigastre on calmait la constriction épigastrique. Ce dernier résultat a été pleinement confirmé par les observations de Barthez, Noël Gueneau de Mussy et Landouzy (1).

Robert affirme que jamais la saignée générale n'a été utile ; qu'elle est, au contraire, presque toujours nuisible, et que l'application d'un petit nombre de sangsues à l'anus, ou de quelques *ventouses scarifiées* à la nuque, a eu seule quelques avantages. Il se peut que, dans les localités où il a observé, il en ait été ainsi ; mais les faits qu'il a recueillis ne peuvent infirmer ceux qui ont été vus par les médecins que je viens de citer.

Les saignées trop abondantes et trop multipliées ont des effets funestes ; elles produisent des troubles nerveux très-intenses, et jettent les malades dans une prostration des plus fâcheuses. Gastelier seul vantait les bons effets des émissions sanguines un peu abondantes ; mais il reconnaissait qu'elles n'étaient indiquées que dans un petit nombre de cas.

Vomitifs, purgatifs. — Suivant Rayer, les vomitifs et les purgatifs doivent être proscrits du traitement de la suette miliaire ; cependant Gastelier préconisait les bons effets du *tartre stibié* donné au début de la maladie, et Barthez, Noël Gueneau de Mussy et Landouzy n'ont pas trouvé que les purgatifs eussent des inconvénients réels. On administre ces derniers pour combattre la constipation. Il est impossible de se prononcer sur la valeur de ces moyens.

Foucart, dans la dernière épidémie, a administré l'*ipécacuanha* avec succès dans des cas où la langue était saburrale, et où il y avait des signes d'embarras des premières voies.

Antispasmodiques. — Dans une affection où l'on observe des phénomènes nerveux si intenses, on a dû naturellement avoir recours aux antispasmodiques. L'*éther*, le *sirop d'éther*, le *musc*, le *castoréum*, ont été employés. Ils paraissent, dans certains cas, avoir calmé la constriction épigastrique, mais on ne connaît pas le degré de leur efficacité.

Narcotiques. — Parmi les narcotiques, l'*opium* a été principalement mis en usage. On l'a réuni aux antispasmodiques pour calmer la constriction épigastrique, et cette médication a constamment réussi dans l'épidémie observée par Barthez, Noël Gueneau de Mussy et Landouzy. Des *lavements laudanisés* sont utiles dans les cas de diarrhée.

Révulsifs. — Des *vésicatoires*, des *sinapismes*, sont généralement appliqués à l'épigastre pour faire cesser la douleur et la constriction. Robert a employé les frictions sur la poitrine, l'épigastre, l'abdomen et la partie interne des cuisses, avec la pommade suivante :

♃ Axonge	6 gram.	Huile de croton tiglium	2 gram.
Tartre stibié	4 gram.		

Mêlez. Faites des frictions toutes les trois heures jusqu'à ce que les parties soient couvertes de pustules.

Nous ne sommes pas sûr de la grande efficacité de ce moyen, il est très-douloureux, surtout appliqué sur une aussi grande étendue.

(1) *Gazette médicale de Paris*, 1839, p. 675.

Dans la dernière épidémie, les vésicatoires, ou seulement les sinapismes, ont suffi pour triompher de la suffocation.

On a proposé d'administrer les *excitants diffusibles* et les *sudorifiques;* mais cette médication n'étant appuyée sur aucune preuve convaincante, et étant contraire à la manière de voir de presque tous les auteurs, nous n'y insisterons pas.

Parrot a donné le *nitrate de potasse à haute dose*, dans le but de modérer les sueurs en excitant la sécrétion urinaire. Rien ne prouve qu'il ait réussi.

Les *toniques*, et en particulier le *quinquina*, sont administrés dans les cas de grande faiblesse, lorsque des sueurs très-abondantes ont jeté le malade dans le collapsus. On vante les bons effets de ces moyens.

Les docteurs Schal et Hessert (1) rapportent que dans l'épidémie du Bas-Rhin, en 1812, on eut recours avec succès aux *lotions froides* sur la surface du corps, dans les cas où, après la saignée, la peau devenait sèche et brûlante. Ce moyen n'a pas été mis en usage depuis.

Sulfate de quinine. — Lorsque la *forme rémittente* existe, ou lorsqu'on a lieu de la soupçonner, car, ainsi qu'on l'a vu plus haut, il est parfois difficile de s'assurer de son existence, on ne doit pas hésiter à donner le sulfate de quinine à dose élevée : *un gramme au moins par jour*, dans une potion ou en pilules. A. Robert a réussi à enrayer la maladie en administrant ce sel à la dose de 1 à 2 grammes dans une potion, et de 2 à 4 grammes dans un lavement. Parrot (2) a cité des faits semblables ; cependant il n'a obtenu ce résultat que dans un nombre limité de cas de fièvre rémittente miliaire. Dans les autres, les accès devenaient plus ou moins promptement moins forts et moins longs ; mais la maladie ne se terminait pas brusquement, comme une fièvre intermittente *coupée*. Taufflieb, ayant observé la suette miliaire épidémique dans les Vosges, a vu fréquemment des *accès ayant de l'analogie avec ceux de la fièvre intermittente* se produire dans cette maladie. Les cas dans lesquels il en est ainsi sont les plus graves ; il conseille de les traiter par le *sulfate de quinine* à la dose de 60 centigrammes à 1 gramme (3). Ce médicament a paru également fort utile dans la dernière épidémie observée dans le département de l'Hérault (4).

Traitement hygiénique ou soins généraux. — On voit que, sauf ce dernier moyen, qui n'est applicable qu'à un certain nombre de cas, les diverses médications dirigées contre la suette miliaire n'ont qu'une efficacité limitée et ne s'adressent qu'à des symptômes isolés ; aussi tous les médecins ont-ils recommandé très-vivement les soins hygiéniques donnés aux malades, et leur ont-ils accordé une importance très-grande, comme dans d'autres maladies dont nous parlerons plus loin et contre lesquelles les agents thérapeutiques ont très-peu d'action.

On doit chercher à modérer la sueur tout en évitant une suppression brusque. La chambre du malade sera donc, autant que possible, vaste, facile à aérer, et maintenue à une température modérée, plutôt fraîche que chaude. Les malades seront fréquemment changés de linge ; on entretiendra autour d'eux la plus grande

(1) Schal et Hessert, *Précis histor. et prat. sur la fièvre miliaire, etc.* Strasbourg, 1813.

(2) Parrot, *Histoire de l'épidémie de suette miliaire qui a régné en* 1841 *dans le département de la Dordogue* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1843, t. X, p. 363).

(3) Taufflieb, *Bulletin gén. de thérap.*, 1849.

(4) *Revue thérap. du Midi*, et *Gazette méd. de Toulouse,* juin 1851.

propreté; on leur donnera des boissons fraîches et acidules, au lieu de boissons excitantes et chaudes. On tâchera de leur inspirer de la confiance. On évitera avec soin tout refroidissement subit. Ces moyens bien simples ont une influence incontestable sur l'heureuse issue de la maladie.

Résumé. — Le traitement de la suette miliaire se compose, d'une part, de moyens propres à combattre isolément chaque symptôme, et, de l'autre, de soins hygiéniques donnés aux malades. Ainsi la céphalalgie est combattue par les émissions sanguines, locales ou générales; l'épigastralgie, par les sangsues, les antispasmodiques, l'opium; la constipation, par de légers laxatifs ou des lavements émollients; le délire, l'agitation, par les calmants et les antispasmodiques; la chaleur sèche et âcre de la peau, qui se montre dans quelques cas, par les lotions froides. La seule forme rémittente a été traitée par un médicament s'adressant à la maladie elle-même : le sulfate de quinine.

Pour suivre la médication la plus généralement recommandée et qui doit être regardée comme la plus utile, jusqu'à ce que l'on ait trouvé des remèdes agissant plus directement sur cette affection, il suffit d'associer ces moyens partiels aux précautions hygiéniques dont les malades doivent être entourés et mentionnées plus haut. Les faits observés dans la dernière épidémie ont prouvé qu'une médication très-simple, consistant principalement dans des *boissons délayantes* et *rafraîchissantes*, des soins de propreté, et l'attention de ne pas accabler les malades de couvertures, mais au contraire de les rafraîchir avec prudence, produit les plus heureux résultats. C'est ce qui résulte en particulier des faits observés par Bourgeois (d'Étampes).

CHAPITRE III.

FIÈVRES INTERMITTENTES.

ARTICLE PREMIER.

FIÈVRE INTERMITTENTE SIMPLE.

La fièvre intermittente règne endémiquement dans certaines contrées où elle exerce de grands ravages, et il n'est pas de localité où elle ne se montre parfois avec des caractères très-graves.

Il y a beaucoup de vague dans les passages d'Hippocrate que l'on peut rapporter aux diverses variétés de cette maladie. Celse et Galien donnent des descriptions meilleures, et ce point de pathologie a fait, après eux, des progrès continuels; mais il faut arriver à Morton (1) et à Torti (2) pour avoir une bonne description de la maladie dans ses variétés les plus malignes, et aussi du traitement qui lui convient. Les recherches les plus intéressantes sont dues à Nepple (3), Bailly,

(1) Morton, *Opera medica : Pyret.* Lugduni, 1727.
(2) Torti, *Therap. spec. ad. febres periodicas perniciosas*, nova editio. Leodii, 1821, 2 vol.
(3) Nepple, *Essai sur les fièvres intermittentes, etc.* Paris, 1828.

Maillot (1), Alexis Espanet (2), Boudin (3), F. Jacquot (4), [Dutroulcau (5), Durand (de Lunel) (6), Valery Meunier (7), Castan (8), Bérenguier (9), etc.].

Pour bien étudier la fièvre intermittente, il faut passer successivement en revue la *fièvre intermittente simple* ou *régulière*, les *fièvres pernicieuses*, la *fièvre pseudo-continue*, les *fièvres larvées*, et la *fièvre bilieuse grave*, ou *rémittente*.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La fièvre intermittente simple est une fièvre essentielle caractérisée par des accès dans lesquels un mouvement fébrile à marche particulière se montre avec une plus ou moins grande violence, et qui sont séparés les uns des autres par des intervalles où l'apyrexie est complète. Cette fièvre intermittente est le type qu'il importe principalement d'étudier, parce que, pour tracer la description des autres espèces, il suffira ensuite de dire en quoi elles diffèrent de celle-là.

On a décrit cette affection sous les noms de *fièvre d'accès*, *fièvre paludéenne*, *paludique*, *fièvre des marais*, *périodique*, etc.; et l'on dit d'un malade qui en est atteint, qu'il *a les fièvres*. Sa grande fréquence, surtout dans certaines localités, est bien connue de tout le monde.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.* — Cette maladie attaque tous les *âges*, tous les *sexes*, toutes les *constitutions*. Trop de faits parlent contre l'antagonisme entre la fièvre typhoïde, la phthisie et la fièvre intermittente, pour qu'on puisse partager l'opinion de Boudin sur ce point.

C'est principalement au printemps et à l'automne qu'on voit apparaître les fièvres intermittentes. Les premières (*vernales*) sont en général plus bénignes que les dernières (*autumnales*). Les sujets affectés antérieurement de fièvre intermittente sont beaucoup plus exposés que les autres à contracter cette maladie, et assez souvent chez eux elle se développe spontanément.

On admet que les *excès* de tout genre, les *chagrins*, les *émotions morales* pénibles, prédisposent à la fièvre intermittente; mais les recherches sur ce point manquent de précision.

2° *Causes occasionnelles.* — [La première, sans contredit, de toutes ces causes, est la présence dans l'air de matières végétales en décomposition, peu importe la

(1) Maillot, *Rech. sur les fièvres intermitt. du nord de l'Afrique*. Paris, 1835. — *Traité des fièvres intermitt. d'après des observ. recueillies en France, en Corse et en Afrique*. Paris, 1836.

(2) Espanet, *Des maladies endémiques de l'Algérie* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, septembre, octobre et novembre 1849).

(3) J. Ch. M. Boudin, *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1842. — *Traité de géographie médicale*, Paris, 1857, t. II, p. 514.

(4) F. Jacquot, *Des fièvres endémo-épidémiques dites intermittentes* (*Annales d'hygiène publique*, 2e série, 1854-1855, t. II; 1857-1858, t. VIII et IX).

(5) Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861, p. 132.

(6) Durand (de Lunel), *Traité dogmatique et pratique des fièvres intermittentes*. Paris, 1862.

(7) Valery Meunier, *Une mission médicale en Espagne*, thèse inaugurale. Paris, 1863.

(8) Castan, *Traité élémentaire des fièvres*. Paris, 1864, p. 172 à 237.

(9) Bérenguier, *Traité des fièvres intermittentes et rémittentes*. Paris, 1865.

source dont elles émanent. L'*influence miasmatique des marais* est la plus puissante et la plus incontestable.

Pour qu'un marécage puisse donner lieu à la fièvre intermittente, certaines conditions sont nécessaires. Il faut : 1° un sous-sol imperméable à l'eau, c'est-à-dire argileux, pierreux, servant de réceptacle aux végétaux en décomposition; 2° des eaux stagnantes, quelle qu'en soit l'origine; 3° une chaleur suffisante pour que la décomposition ait lieu.

Les débordements, quand ils se retirent, les marais salants abandonnés, les pluies torrentielles, surtout dans les pays chauds, le rouissage du chanvre, la présence des rizières, et, en un mot, toutes les circonstances dans lesquelles la putréfaction végétale a lieu, occasionnent d'une manière évidente la fièvre intermittente.

La pénétration des eaux douces dans les marais salants (1), l'introduction des eaux salées dans les eaux douces, comme on l'a vu en Toscane, sont encore des causes occasionnelles.

On observe aussi ces fièvres lors des défrichements de terres vierges, des grands travaux d'atterrissements, comme on a pu le voir dans les constructions des chemins de fer. Berenguier, de Rabastens (2), attribue, dans ces cas, la fièvre à des *émanations telluriques* qui se dégagent des terrains cultivés dans lesquels des matières végétales sont en putréfaction, et qui sont exposés à être alternativement secs et humides.]

C'est surtout dans les *pays chauds*, marécageux et humides, que se produisent le plus facilement les fièvres intermittentes.

On a cité des cas de fièvre intermittente dans des pays secs et arides; mais ces cas sont rares et exceptionnels. D'un autre côté, on a admis la possibilité de l'action exclusive de l'*humidité*. La fièvre intermittente est assez fréquente dans des localités qui n'ont d'autre particularité, pour expliquer sa production, que d'être traversées par un cours d'eau, sans aucun marécage; mais on peut admettre qu'à certaines époques de l'année où les eaux deviennent basses, les bords des rivières prennent, jusqu'à un certain point, les caractères des marais.

[En résumé, on retrouve invariablement ces conditions : présence de matières végétales décomposables, chaleur, humidité.

Pour que cette cause agisse puissamment, il faut qu'on soit exposé à l'air marécageux sans aucun intermédiaire, tel que colline, bois, etc.; le séjour ou le passage dans cet air, la nuit, la situation sous le vent des marais, sont des conditions favorisant son action pernicieuse. Dans sa mission médicale en Espagne, V. Meunier a pu constater que l'exposition au nord avait une action préservatrice évidente (3).

Les effluves miasmatiques ne s'élèvent guère, dans nos climats, au-dessus de 50 à 60 pieds : dans les pays chauds ils montent plus haut. Cependant, V. Meunier a observé en Espagne la fièvre intermittente sur des plateaux élevés de plus de 700 mètres : l'exception à la loi générale n'est ici qu'apparente, car il a rencontré dans les lieux infectés les conditions habituelles d'effluves et d'eaux stagnantes.

(1) Mêlier, *Rapport sur les marais salants* (*Mémoires de l'Académie de médecine*). — Dutroulau, ouv. cit., p. 163.
(2) Bérenguier, *Traité des fièvres intermittentes et rémittentes*. 1865, p. 32.
(3) V. Meunier, *Une mission médicale en Espagne*, thèse inaug. 1863.

Toutes les fois qu'une localité est traversée par un courant d'air qui a passé là où il y a des effluves, il y des chances de production de fièvre paludéenne.]

D'un autre côté, des fièvres intermittentes se développent dans des lieux où l'on ne peut en accuser ni les cours d'eaux, ni les marais. On trouve dans les lieux avoisinants des flaques d'eau stagnante, des matières végétales en putréfaction, du bois humide, etc., et ces circonstances peuvent encore paraître la cause de la maladie ; mais il est des cas aussi où l'on ne trouve rien de semblable.

Les fièvres intermittentes qui se produisent ainsi, en dehors de l'influence marécageuse, sont généralement bénignes ; mais il en est quelques-unes d'intenses ; pour ma part, j'ai vu une fièvre pernicieuse chez un sujet habitant auprès du jardin du Luxembourg, et qui n'avait jamais eu d'accès de fièvre et n'avait jamais séjourné dans un pays marécageux.

[Les marais du Nord donnent naissance à beaucoup moins d'effluves que les marais du Midi.]

Ébrard (1), qui a étudié avec soin la fièvre intermittente *chez les enfants*, a cité des faits qui tendent à prouver que *cette fièvre peut se transmettre de la nourrice à l'enfant !* [Luc a fait la même remarque en Algérie (2). Bérenguier croit à la nature contagieuse de la fièvre intermittente, et cite douze faits à l'appui de son opinion (3), ce qui a été constaté également en Espagne par Valery Meunier (4).

Incubation du miasme. — Dutroulau, basant son opinion sur les observations qu'il a pu faire à la mer, a vu maintes fois la fièvre intermittente se déclarer à bord des navires un certain temps après qu'ils avaient quitté les pays où régnait la fièvre, mais cette période d'incubation est trop variable pour qu'il ait pu en déterminer la durée (5). Le docteur Luc, cité plus haut, a fait la même observation sur lui-même.]

Il survient parfois des accès de fièvre intermittente chez des sujets affectés d'une autre maladie, ou qui sont soumis à certaines opérations. C'est là la *fièvre intermittente symptomatique* que nous indiquons ici, parce que, bien que se produisant sous l'influence d'autres états morbides, elle conserve ordinairement un remarquable caractère de simplicité. Chez les *phthisiques*, on constate parfois de véritables accès périodiques, et la même observation a été faite, quoique beaucoup plus rarement, dans d'autres affections chroniques. Mais c'est surtout dans les opérations faites sur les voies urinaires (*cathétérisme*, *lithotritie*) que l'on voit apparaître des accès intermittents. On a dit que ces fièvres ne peuvent pas être rapprochées des fièvres intermittentes produites par les effluves marécageux, parce qu'elles ne cèdent pas au quinquina ; mais c'est une erreur ; chez les phthisiques, par exemple, nous voyons des accès fébriles périodiques être parfaitement coupés par le sulfate de quinine.

(1) Ébrard, *De la fièvre intermittente chez les enfants, etc.* (*Union méd.*, 8 et 13 janvier 1848).

(2) Luc, *Note sur la transmission possible de la diathèse paludéenne par l'allaitement naturel* (*Courrier médical*, 1865, n° 5).

(3) Bérenguier, ouv. cité, p. 65.

(4) V. Meunier, thèse inaug., 1863, p. 21.

(5) Dutroulau, ouv. cité, p. 171.

E. Cazenave (1) cite quatre observations de *manie aiguë* qui se sont terminées par des accès de fièvre intermittente.

3° *Conditions organiques; causes de l'intermittence.* — Dès la plus haute antiquité, on a remarqué l'*intumescence* de la rate dans la fièvre intermittente. On la trouve indiquée dans les écrits d'Hippocrate. Ceux qui, dans les siècles derniers, en ont fait spécialement mention, sont Fernel, Baillou, Lancisi, Hoffmann, Morgagni, Sénac, Lieutaud, etc.; mais c'est seulement il y a cinquante ans qu'on a donné une très-grande importance à cet état de la rate. Audouard (2) attribua, le premier, à la congestion sanguine de la rate les accès périodiques de la fièvre intermittente, et depuis, en 1812, 1823 et 1847 (3), il a développé cette théorie. Pour lui, la cause de la fièvre intermittente est dans l'altération du sang produite par l'influence marécageuse; mais la cause déterminante des accès est l'intumescence de la rate. Aussi a-t-il donné aux fièvres intermittentes le nom de *spléniques.*

Piorry (4) a repris ces idées et cherché à établir que la congestion de la rate est la lésion essentielle de la fièvre intermittente, et que la maladie se produit sous son influence.

D'un autre côté, Félix Jacquot et Sonrier (5) ont cité des faits qui prouvent que *l'engorgement de la rate est une conséquence des fièvres paludéennes, et n'est pas la cause des accès*, et Lachaise (6), ayant examiné plus de 500 malades atteints de la fièvre en Sologne, s'est convaincu que le gonflement de la rate n'est pas le point de départ de la fièvre intermittente.

Enfin Jules Rochard (7), qui a observé à Madagascar, a pu voir chez 22 malades, qui succombèrent rapidement sans avoir pris de sulfate de quinine, la rate parfois diminuée, dans quelques cas à son volume normal, et dans un cas réduite à la grosseur d'un marron.

[Durand (de Lunel) (8), dans le phénomène de la congestion de la rate, accorde une grande influence à l'électricité qui résulte de la décomposition putride. Selon lui, cette électricité, qui est négative pour les miasmes végétaux, est hyposthénisante; elle est positive pour les miasmes animaux, et par conséquent excitante de l'appareil nerveux de la vie organique. Quant au miasme, il peut s'élaborer dans toute l'économie, mais principalement dans les organes parenchymateux, surtout dans la rate, qui serait le réservoir miasmatique.]

La concentration du sang vers les viscères, pendant l'apyrexie, devenant plus grande pendant le frisson, puis son expansion dans le stade de chaleur, sont des faits contestables, et qui, d'ailleurs, n'expliquent rien. Le passage de la station horizontale à la station verticale, lorsque les malades se lèvent le matin, n'a pas

(1) E. Cazenave, *Union médicale*, 20 janvier 1852.
(2) Audouard, *Ann. de la Soc. méd. prat.*, 1808.
(3) Audouard, *De la périod. des fièvres intermitt. et des causes qui la produisent.* Paris, 1847. — *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. XII, p. 278 et suiv.
(4) Piorry, *Mém. sur l'état de la rate dans les fièvres intermitt.* (*Gazette méd.*, 1833). — *Traité de méd. prat.* Paris, 1845, t. VI.
(5) Félix Jacquot et Sonrier, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 11 juillet 1848, t. XIII, p. 1170.
(6) Lachaise, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XV, p. 345.
(7) J. Rochard, *Union médicale*, 10 février 1852.
(8) Durand (de Lunel), ouv. cité, p. 98, 117.

plus de valeur ; aujourd'hui tout le monde reconnaît que ce retour périodique des accès est un phénomène inexpliqué et peut-être pour toujours inexplicable.

§ III. — Symptômes.

Presque toujours la fièvre intermittente débute brusquement sans symptômes précurseurs. Dans quelques cas l'invasion de l'accès est précédée d'une céphalalgie ordinairement médiocre, de pandiculations, de malaise, d'un peu de somnolence, d'abattement, etc.

Accès. — L'accès, lorsqu'il est complet et régulier, se divise en trois périodes distinctes auxquelles on a donné le nom de *stades*. Le premier est le *stade de froid*; le deuxième, le *stade de chaleur;* le troisième, le *stade de sueur*.

1° *Stade de froid.* — Dans le plus grand nombre des cas, il y a un véritable *frisson*, qui, commençant ordinairement dans les lombes et parcourant la colonne vertébrale, se porte ensuite vers les membres dont les extrémités éprouvent une sensation de froid plus ou moins vive. Dans quelques cas, ce frisson est tellement intense, que les dents claquent, et que les membres et le tronc sont agités de secousses rapides qui ébranlent le lit ou le siége sur lequel repose le malade. Dans d'autres cas, au contraire, il n'y a que quelques *horripilations*.

Pendant le frisson, les *extrémités* deviennent froides, pâles ou même légèrement bleuâtres. Il en est de même de la face. Le froid est surtout sensible au nez et aux oreilles.

Dans les cas les plus intenses, la *face* est plombée, les yeux sont caves et cernés, le regard fixe.

La *peau* du tronc et des membres présente cet état qu'on a nommé *chair de poule*, et qui résulte de la rigidité des papilles.

Quelquefois le froid qu'éprouve le malade est si grand, qu'il approche les membres du tronc et se pelotonne sous les couvertures pour se réchauffer. Dans quelques cas, une seule partie du corps éprouve cette sensation de froid ; ce sont souvent les lombes, parfois les extrémités. Les cas de ce genre sont assez rares.

La sensation de froid éprouvée par le malade est ordinairement vive; mais les expériences de de Haen, et récemment celles de Gavarret (1), de Robert de Latour (2), prouvent que cette sensation est due à une perversion de la sensibilité ; car le thermomètre placé dans l'aisselle donne pendant la période de froid une augmentation de 2 à 4 degrés sur la température normale du corps. Cependant il faut dire que la main appliquée sur le corps du malade perçoit aussi cette sensation de froid.

Pendant ce stade, les malades ressentent quelques douleurs. Les plus importantes à noter sont celles qui se font sentir dans l'hypochondre gauche et qui coïncident ordinairement avec l'intumescence de la rate. Louis (3) les a trouvées dans un assez grand nombre de cas. Elles ont lieu ordinairement dès le début de la maladie. Quelquefois la douleur se fait sentir dans les autres points de l'abdomen, et chez un certain nombre de sujets, il y a des douleurs contusives dans les membres, un brisement comme dans la courbature, une constriction marquée à l'épi-

(1) Gavarret, *Rech. sur la températ. du corps* (Journ. *l'Expérience*, 1839).
(2) Robert de Latour, *De la chaleur animale.... dans les fièvres intermittentes* (*Union médic.*, 13, 15 février 1862).
(3) Louis, *Rech. sur la fièvre typhoïde*, 2e édit., t. II, p. 161.

sstre. Une *céphalalgie* d'une intensité variable est, parmi les symptômes, un de ıux qui, après le frisson, arrachent le plus de plaintes aux malades.

Quelquefois, ainsi que l'a fait remarquer Nepple, les malades éprouvent un ssoin de manger au commencement de ce stade ; plus souvent il y a *anorexie ;* la *ngue* est humide, parfois bleuâtre. La soif est ordinairement vive. On observe ırfois dans cette période des *vomissements* alimentaires ou bilieux, mais pas plus équemment que la période de chaleur. Les *urines* sont transparentes, incolores, u abondantes.

Quelques malades éprouvent une oppression assez vive ; quelques-uns ont une ıux sèche, fréquente, et l'on a cité des cas dans lesquels quelques bulles de râle us-crépitant se font entendre dans la poitrine. Quelques-uns aussi éprouvent de cardialgie et des *palpitations*, phénomènes qui s'accompagnent ordinairement une plus ou moins grande anxiété. Le *pouls* est accéléré, peu développé, sans régularité. La *peau* présente, outre sa rugosité, une sécheresse plus ou moins ande.

Ébrard (1) a constaté, contrairement aux assertions de quelques auteurs, que le *ade de froid se montre chez les enfants*, qui ont la peau froide, les lèvres, les ongles, s paupières bleuâtres, les traits grippés, etc. Pendant ce stade aussi, il survient ırfois des *convulsions* qui peuvent être promptement funestes.

2° *Stade de chaleur.* — Après une durée que nous ferons connaître plus loin, période de froid cesse et la chaleur commence, faible d'abord, puis de plus en us intense. Elle devient, dans un certain nombre de cas, âcre et brûlante. Les cherches de Gavarret ont encore prouvé que cette augmentation de température t beaucoup moins considérable que ne le pensent les malades ; elle n'est, en fet, que d'un degré supérieure à celle que l'on constate dans la période de froid.

Pendant ce stade, la céphalalgie persiste, ou même augmente. Il en est de même la soif. On observe parfois quelques vomissements bilieux ; mais les douleurs du onc et des membres se dissipent ordinairement.

La *face* devient rouge et animée ; les yeux sont brillants, parfois sensibles à la ımière. La face, ainsi que le reste du corps, paraît un peu tuméfiée.

Le *pouls* s'élève, devient plus large, tout en conservant sa fréquence. La *respi-ration* paraît moins gênée. Les *urines* sont rouges ; quelquefois leur émission fait prouver un sentiment de cuisson dans l'urèthre.

Pendant tout le stade, l'*anxiété* persiste ; les malades cherchent dans le lit des aces fraîches et une position commode qu'ils ne trouvent pas ; parfois au contraire, y a un peu de somnolence.

3° *Stade de sueur.* — Le stade de sueur commence par une sensation générale mieux être ; la céphalalgie n'est plus ordinairement qu'une lourdeur de tête, bientôt la peau, jusque-là sèche et aride, commence à s'humecter. Généralement la sueur commence par la tête, puis elle se montre au tronc et ensuite aux membres.

Pendant que la sueur s'établit ainsi, tous les symptômes s'amendent ; le *pouls*, particulier, perd de sa force et de sa fréquence, et il devient souple et facile à primer.

(1) Ébrard, *loc. cit.*

Il n'est pas rare de voir des sujets s'endormir alors d'un profond sommeil, et se réveiller au bout d'un certain temps complétement délivrés de leur accès.

L'abondance de la *sueur* est très-variable. On voit des sujets qu'il faut changer trois ou quatre fois de linge; d'autres qui pénètrent complétement leur lit; et d'autres dont il est à peine nécessaire de changer le linge une seule fois.

Intervalle des accès. — Dans quelques cas, et surtout lorsque l'intervalle des accès est long, comme dans les fièvres tierces ou dans les fièvres quartes, au mouvement fébrile qui vient d'être décrit succède non-seulement une apyrexie complète, mais encore un parfait état de santé, de telle sorte qu'après le premier accès, le malade peut se croire complétement guéri. Mais, le plus souvent, il reste du malaise, de la langueur, un peu de céphalalgie. L'appétit est diminué, la langue reste blanche et un peu pâteuse, les selles sont difficiles. Lorsqu'il y a eu un certain nombre d'accès, la rate reste gonflée et parfois un peu douloureuse.

Époques de la journée où surviennent les accès. — On ne peut rien dire de positif sur l'heure de l'apparition des accès; dans l'immense majorité des cas, les accès commencent dans le courant de la journée.

Fièvre intermittente des enfants. — Suivant Schmitz-Zer (1), la fièvre intermittente, lorsqu'elle se développe chez des enfants très-jeunes, présente des modifications importantes. Elle ne se rencontre que dans la classe la pluspa uvre, dont les logements humides et insalubres et la mauvaise alimentation semblent être la cause de la maladie. Cette fièvre des enfants affecte constamment le type quotidien, et se montre par paroxysmes réguliers, que séparent des intervalles d'apyrexie plus ou moins complète. Pendant les accès, les enfants s'agitent, se refroidissent, pâlissent; le pouls devient fréquent, petit et concentré; il y a souvent du tremblement, mais pas de frisson intense; après un quart d'heure ou une demi-heure, jamais plus tard, le stade de chaleur s'établit de la même manière que chez les adultes; il dure une heure à une heure et demie, puis les enfants s'endorment et entrent en sueur. Au réveil, ils paraissent être fatigués, mais se sentent assez bien. L'intermission, qui dure jusqu'au lendemain, quoique un peu moins nette que chez les adultes, est cependant évidente.

Si la maladie se prolonge pendant quelque temps, les enfants maigrissent considérablement; leur facies est pâle et cachectique; la peau du visage devient d'un jaune sale; le ventre se ballonne; le foie se tuméfie, la rate jamais.

Guiet (2) a résumé ainsi qu'il suit les caractères de la fièvre intermittente simple chez les enfants à la mamelle :

« Invasion subite; type quotidien; irrégularité des accès; absence presque complète des stades de froid et de sueur; stade de chaleur exagérée; apyrexie bien manifeste. L'enfant, qui était fort gai, devient tout à coup triste et maussade; il s'impressionne facilement, et la moindre cause provoque des larmes; il refuse le sein ou le biberon. Une certaine pâleur se répand sur son visage; ses mains et ses pieds se refroidissent; il lui vient de fréquents bâillements : quelquefois, au début, ce sont des vomissements de matières glaireuses ou bilieuses. Chez d'autres, c'est un mal de tête violent, et l'on voit alors l'enfant porter fréquemment ses mains à

(1) Schmitz-Zer, *Journ. für Kinderkrankheiten*, t. XI.
(2) Guiet, *Gazette méd. de Paris*, août 1850.

tête; parfois c'est un poumon qui se congestionne, et une toux sèche et fatigante, ccompagnée quelquefois de vomissements, marque le début de l'accès; d'autres is il survient de la diarrhée. Bientôt la peau devient brûlante et sèche; cette chaur se répand aux muqueuses; l'enfant est abattu et présente des alternatives de omnolence et d'agitation convulsive. Cet état dure plus ou moins longtemps; puis nfin cette tension disparaît, la peau s'assouplit, une légère moiteur y apparaît. out rentre dans l'ordre; l'enfant se calme, il sourit, reprend le sein jusqu'à ce u'un nouvel accès vienne reproduire de semblables phénomènes. »

Sémanas (1) a observé à Alger la *fièvre intermittente pernicieuse chez les enants à la mamelle*, et il a vu cette fièvre revêtir la forme des affections les plus ommunes à la première enfance.

On a vu plus haut les remarques d'Ébrard au sujet de la fièvre intermittente es enfants. Nous en avons (2) vérifié l'exactitude.

Complications — Véret (3) a rapporté trois cas dans lesquels l'*albuminurie* compliqué la fièvre intermittente. Cet auteur attribue la complication à une mple congestion des reins pendant les accès. Si la fièvre est de longue durée, cette ongestion peut se terminer par des lésions plus profondes.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie; types, récidives.

Nous venons de voir que la marche de la maladie consiste dans une alternative accès fébriles et d'apyrexie; les époques plus ou moins éloignées auxquelles se roduisent ces accès constituent les types de la fièvre intermittente. Les principaux armi ces types, et les seuls qui méritent d'être notés avec grand soin, sont : 1° le *ype quotidien*, 2° le *type tierce*, 3° le *type quarte*.

Dans le *type quotidien*, les accès ont lieu tous les jours à la même heure, ou à ès-peu près à la même heure; ils se ressemblent sous le rapport de leur durée et leur intensité. Quelquefois, au lieu d'un seul accès, il y a deux accès par jour; n dit alors que la fièvre est *double-quotidienne*. Enfin il peut arriver qu'il y ait n plus grand nombre d'accès dans les vingt-quatre heures; il est très-important connaître ce fait, qui a été mis hors de doute par Mêlier, car ces accès multiples sont fort courts, ne consistent souvent qu'en un sentiment rapide de chaleur uivi de sueur, et peuvent facilement être méconnus. Mêlier a donné à cette fièvre nom de *fièvre intermittente à courtes périodes* (4).

Dans le *type tierce*, l'accès se reproduit tous les deux jours. On observe quelquefois des accès de fièvre *double-tierce*. En pareil cas, il y a un accès tous les jours; le troisième ressemble au premier, le quatrième au second, et ainsi de suite.

Dans le *type quarte*, l'accès a lieu tous les trois jours (5), de sorte qu'il y a ntre deux accès deux jours d'apyrexie. On a cité quelques exemples de fièvre *ouble-quarte*, dans lesquels il y a, le premier et le deuxième jour, un accès; puis,

(1) Sémanas, *De la fièvre pernicieuse chez les enfants à la mamelle*, 1848.
(2) Ébrard, *Considér. sur la fièvre intermitt. chez les enfants* (*Union méd.*, 10 et 12 tobre 1848).
(3) Véret, *Quelques observ. de fièvres intermitt. avec albuminurie* (*Arch. gén. de méd.*, cembre 1847).
(4) Mêlier, *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1843, t. X, p. 551.
(5) Pour ne pas se tromper dans le calcul, il ne faut pas compter le jour du premier accès.

le troisième jour, apyrexie; le quatrième et le cinquième jour, un accès; le sixième jour, apyrexie, et ainsi de suite.

Voilà les principaux types à étudier, et encore faut-il remarquer que les fièvres double-quotidienne, double-tierce et double-quarte sont loin d'être fréquentes. Il nous reste maintenant à indiquer quelques autres types tellement rares qu'on peut les regarder comme de véritables exceptions : ce sont les *tierces doublées* (tous les deux jours deux accès); les *quartes triplées* (*idem*, tous les trois jours); la *triple-quarte* (un accès tous les jours, deux faibles et un fort); la fièvre *quintane*, *septimane*, *octane* (un accès le cinquième, le septième ou le huitième jour).

Dans l'immense majorité des cas, les stades des accès se succèdent de la manière indiquée plus haut; mais quelquefois on voit soit *un des stades manquer*, soit, ce qui est beaucoup plus rare, *un seul stade se montrer*, et, ce qui est bien plus rare encore, l'*ordre d'apparition des stades être changé.* Le stade de froid peut manquer; mais il est bien rare que les malades n'aient pas au moins une certaine sensibilité au froid. Le stade de chaleur manque peut-être plus fréquemment; cependant on ne peut pas l'affirmer, parce que, s'il est très-court, il échappe à l'attention du malade, auquel nous devons nécessairement nous en rapporter. On voit aussi manquer quelquefois la sueur; il est bien rare qu'il n'y ait pas un peu de moiteur.

Dans quelques cas, on a vu le frisson venir après la chaleur et la sueur; mais ce sont là de véritables exceptions. C'est moins la forme de la maladie que le retour périodique des accès qu'il faut noter. Nous aurons à revenir sur cette proposition à l'occasion des fièvres pernicieuses.

La *durée* des accès est très-variable; il est rare qu'elle soit de moins d'une heure, et qu'elle se prolonge au delà de six ou sept heures. Quant à la durée de la maladie elle-même, il est impossible de la déterminer. Dans un certain nombre de cas, et surtout *dans les fièvres simples vernales*, on voit la maladie se dissiper d'elle-même après le cinquième, le sixième ou le septième accès; mais bien plus souvent la maladie se prolonge indéfiniment, les accès deviennent plus intenses, et la rate s'engorge. Quant à la *durée des stades*, elle est également variable. On peut dire néanmoins que, dans la majorité des cas, le stade de froid dure d'une à deux heures; le stade de chaleur dure plus longtemps, et le stade de sueur se prolonge pendant plusieurs heures.

Il résulte de là que l'*intervalle des accès* a lui-même une durée très-variable.

A ce sujet, on a cité des cas dans lesquels, un accès commençant avant qu'un autre fût fini, la fièvre était *subintrante;* mais c'est dans les accès de fièvre pernicieuse que les choses se passent ainsi.

Accidents consécutifs. — La terminaison de la fièvre intermittente simple, quel que soit son type, peut être spontanément favorable; cependant il est nécessaire, dans la majorité des cas, d'opposer à cette maladie un traitement approprié, et, dans ces conditions, elle se termine par la guérison. [Si on la néglige, il est bon nombre de cas dans lesquels les accès se reproduisent indéfiniment, et alors on peut constater : 1° un état chloro-anémique; 2° l'engorgement splénique et hépatique; 3° des hydropisies diverses; 4° la mélanémie et la leucocythémie.

L'*état chlorotique* se manifeste par la coloration pâle si connue et qu'il est inutile de rappeler ici. Il est le résultat de la diminution des globules, de la fibrine.

de l'albumine du sang par la persistance de la fièvre, qui est essentiellement hyposthénisante. Si cet état continue, les malades tombent dans la *cachexie*, que l'on reconnaît à la coloration jaune terne du visage; à la bouffissure de la face qui perd son expression; à la pâleur profonde des gencives, qui, par suite de la défibrination du sang, saignent facilement; à l'augmentation du volume du ventre; à l'amaigrissement des membres pelviens.] Avant qu'on eût trouvé le traitement spécifique de ces fièvres, cet état se terminait fréquemment par la mort. Nous avons parlé plus haut de l'*intumescence de la rate;* souvent, après un nombre considérable d'accès, elle devient telle, qu'on sent l'organe au-dessous et à droite de l'ombilic, et quelquefois jusqu'à peu de distance de l'épine iliaque antérieure et supérieure. [Le foie ne reste pas étranger à l'action de la fièvre intermittente : on l'a trouvé hypertrophié, quelquefois atrophié, dur, ratatiné (1).

Les *hydropisies* diverses sont assez fréquentes : on observe quelquefois une simple bouffissure aux malléoles; mais d'autres fois l'hydropisie est générale, il y a de l'anasarque, quelquefois de l'ascite; ces hydropisies sont le plus souvent consécutives à la défibrination du sang.]

[On a encore observé deux accidents particuliers qui sont la mélanémie et la leucocythémie. Nous ne disons rien de la leucocythémie qui sera étudiée séparément : quant à la mélanémie, elle est constituée par la présence d'un pigment noir dans le sang. Ce pigment n'est autre chose qu'une transformation de l'hématine dans la rate. Or, la fièvre intermittente donnant lieu à l'hypérémie de la rate, il en résulte que la rate fabrique plus de pigment (2). Toutefois d'autres organes, notamment le foie, peuvent également produire le pigment. La destruction plus considérable de l'hématine détermine la diminution du nombre des globules, d'où la chlorose; l'accumulation de ce pigment dans le foie détermine l'atrophie hépatique; dans le rein, il détermine l'albuminurie; dans le cerveau, le ramollissement, l'apoplexie.

Cette question de la mélanémie est encore à l'état naissant et la science n'a pas dit son dernier mot.]

Rechutes. — Les *rechutes* sont très-fréquentes : elles ne présentent pas toujours, à beaucoup près, le même type que la première attaque; elles peuvent avoir lieu même quand le malade ne s'expose plus aux causes d'infection, et alors elles sont ordinairement occasionnées par le froid, l'humidité, les excès, en un mot par les causes déterminantes indiquées plus haut (3).

Suivant René Vannoye (4), il est un *signe particulier qui annonce l'imminence de la récidive* des fièvres intermittentes. Il consiste dans un état particulier de la conjonctive qui tapisse la paupière inférieure. Cette membrane qui, dans l'état normal, offre une teinte d'un rouge plus ou moins vif, présente souvent, d'après Vannoye, lorsqu'on l'examine chez un individu depuis quelque temps affecté de fièvre intermittente, une raie pâle qui circonscrit l'arc inférieur du petit segment libre du globe oculaire. Lorsqu'on abaisse la paupière renversée, et qu'on

(1) Haspel, *Mal. de l'Algérie*, 1852, t. II, p. 234. — Frerichs, *Mal. du foie*, trad. Duménil et Pelagot, 1862, p. 216-353.
(2) Frerichs, *ouv. cité*, p. 273.
(3) Voy. § II, *Causes*.
(4) Vannoye, *Ann. de la Soc. de méd. de la Flandre orientale*, 1848.

fait tourner au malade l'œil en haut, cette raie présente assez bien un croissant, dont l'une des cornes correspond à l'angle interne de l'œil, et l'autre à l'angle externe, de manière que son bord concave entoure la partie inférieure de la sclérotique, et que son bord convexe se dessine par une ligne plus ou moins bien tranchée, sur la muqueuse palpébrale. Le degré de pâleur de cette raie est en rapport direct avec l'atteinte que l'organisme a subie. Les observations qu'a faites Vannoye sur ce sujet lui ont permis d'établir :

1° Que là où ce phénomène n'existe pas, la fièvre n'a ordinairement pas duré fort longtemps, ou du moins qu'on parvient aisément à la faire cesser, sans que sa cessation soit suivie de récidive ;

2° Que là où il existe, l'administration convenable d'un fébrifuge le fait quelquefois disparaître en très-peu de temps, et qu'alors il n'y a pas lieu à craindre le retour des accès ;

3° Que quand la raie persiste après la disparition des accès fébriles, ceux-ci reviennent dans l'immense majorité des cas, et que ce n'est qu'après que cette raie s'est confondue avec la teinte du reste de la muqueuse palpébrale, qu'il est permis de ne plus redouter leur retour.

Nous avons, comme Vannoye, constaté l'existence de ce signe que nous avons également trouvé chez les chlorotiques, et qui est dû à l'anémie causée par la fièvre intermittente.

§ V. — Formes de la maladie.

On a distingué d'abord une *fièvre intermittente inflammatoire*, dans laquelle le frisson est court, le stade de chaleur long, la température élevée, la céphalalgie, la somnolence marquées, le pouls plein et dur; puis la *fièvre intermittente bilieuse*, dans laquelle la bouche est pâteuse, l'appétit perdu, le goût mauvais, amer, la face jaunâtre, le pouls mou et dépressible ; enfin la *fièvre muqueuse* ou *catarrhale*, dans laquelle diverses muqueuses sont prises.

On a dit que, dans la première, le quinquina n'agit qu'imparfaitement, si l'on ne détruit d'abord l'état inflammatoire par les émissions sanguines et les délayants ; que, dans la seconde, le fébrifuge trouve les mêmes obstacles, si l'on ne commence par administrer les vomitifs. Cette opinion est très-accréditée et principalement fondée sur ce que, dans les pays chauds, on arrive à faire disparaître la fièvre bilieuse, dans un assez bon nombre de cas, par les vomitifs ; mais y a-t-il là une démonstration évidente ? Il faudrait des recherches plus exactes pour mettre le fait hors de doute.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Les malades affectés de la fièvre intermittente simple ne succombent que lorsque la cachexie indiquée plus haut a fait de grands progrès. Alors on trouve l'engorgement chronique de la rate, dont le tissu est devenu plus ferme et plus résistant. On observe aussi les diverses hydropisies dont nous avons parlé ; mais il n'est aucune autre lésion qu'on puisse attribuer à cette maladie. L'engorgement de la rate à l'état aigu a pu être étudié chez des sujets qui ont succombé à des accès de fièvre pernicieuse, et alors on a trouvé une simple congestion sanguine.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic ne peut être difficile pour un médecin attentif, alors même que les stades ne se présentent pas avec toute la régularité habituelle.

Pronostic. — Le pronostic de la fièvre intermittente simple est favorable, surtout parce que le médecin possède un moyen efficace d'en arrêter les accès. Mais quelque bénigne qu'elle soit, on ne peut pas annoncer avec certitude qu'elle tendra naturellement à la guérison. Nous avons observé, à l'Hôtel-Dieu annexe, un malade qui, ayant eu un premier accès d'une heure et demie environ, vit tous les jours cette durée augmenter, jusqu'à ce que, après vingt-deux accès pendant lesquels il n'avait rien fait, l'intervalle apyrétique disparût presque complétement. On l'apporta à l'hôpital au vingt-troisième accès; le sulfate de quinine fut immédiatement administré : il était trop tard; l'accès fut pernicieux et causa la mort. Il ne faut pas oublier non plus les convulsions qui peuvent être très-promptement funestes chez les enfants.

Les fièvres vernales sont moins dangereuses que les automnales. La maladie est plus grave chez les sujets débilités. La cachexie des fièvres intermittentes est d'un fâcheux augure.

§ VIII. — Traitement.

On ne peut plus penser aujourd'hui à laisser marcher la fièvre intermittente pendant un certain temps sans la combattre. Les auteurs qui se sont occupés le plus de ce point de thérapeutique, Torti, Strack, Lind, etc., ont fait voir qu'une fièvre intermittente, bénigne en apparence, pouvait devenir pernicieuse au cinquième ou sixième accès.

On a avancé que le quinquina n'agissait pas bien, si l'on n'avait auparavant combattu l'élément inflammatoire, saburral ou bilieux, et de là une préparation qui consiste, selon les cas, en saignées, en vomitifs, en purgatifs, en délayants. [Dans la fièvre intermittente, il arrive souvent que le *changement de pays* suffise pour arrêter la maladie. Aussi, dans ces circonstances, est-il bon d'attendre deux ou trois jours avant de couper la fièvre. Mais si, par des circonstances particulières, on est obligé de séjourner au milieu des effluves miasmatiques, on devra se mettre à un régime tonique, à l'usage du café noir peu ou pas sucré, se couvrir de flanelle, et surtout éviter de travailler ou de séjourner pendant la nuit au milieu des miasmes (V. Meunier). S'il existe un état saburral, il est indispensable d'administrer d'abord un *éméto-cathartique* (sulfate de soude, 20 grammes; tartre stibié, 10 centigrammes) pour débarrasser le tube digestif. Outre la déplétion qu'il occasionne, l'éméto-cathartique rend plus facile l'absorption du sel de quinine. Le purgatif donné seul a moins d'inconvénient que le vomitif; mais aussi il a moins de puissance. Toutefois on n'oubliera pas que, donné intempestivement, un purgatif peut faire reparaître une fièvre intermittente coupée. Le calomel semble jouir du privilége de pouvoir être administré même plusieurs jours de suite, sans avoir l'inconvénient des autres purgatifs.]

Le remède auquel il faut, par conséquent, avoir tout d'abord recours est le *quinquina* et ses préparations. Mais on peut être appelé au moment de l'accès : doit-on agir immédiatement? Non, quand il s'agit d'une fièvre intermittente simple et d'accès laissant entre eux des intervalles assez considérables; il faut attendre

l'apyrexie pour administrer le spécifique, et, en attendant, on se bornera aux moyens suivants.

Traitement de l'accès. — On a proposé de hâter par divers moyens l'évolution de l'accès. Favoriser la chaleur et la sueur en élevant la température, en donnant des excitants diffusibles et des boissons chaudes, voilà à quoi se réduit cette médication dont l'action n'est pas très-évidente (1). Selon Lind (2), une dose médiocre d'*opium* est utile pour calmer la violence et pour abréger la durée de l'accès; mais en général, on se contente de donner une boisson tiède et émolliente, et de tenir les malades à une bonne température, au lit et dans un lieu tranquille. Tout autre moyen est inutile et pourrait être dangereux.

Traitement curatif. — Le moyen curatif par excellence est le *sulfate de quinine;* mais, avant d'en parler, nous mentionnerons les *douches froides*, vantées, dans ces derniers temps, par Fleury (3).

Douches froides. — Suivant ce médecin, les *douches froides* auraient une efficacité au moins égale au sulfate de quinine dans le traitement de la fièvre intermittente simple et récente, et supérieure dans le traitement de la fièvre ancienne et rebelle. Nous ne croyons pas qu'on puisse attribuer à ce moyen cette supériorité, car les succès non moins remarquables du sulfate de quinine sont innombrables.

Administration du sulfate de quinine et du quinquina. — On donne ce sel dans une potion, en pilules, en poudre dans le pain à chanter, dans du café pour en masquer l'amertume, à la dose de 40, 60, 90 centigrammes ou 1 gramme. Cette dernière dose peut être donnée les deux ou trois premiers jours au moins, chez un adulte fort et vigoureux. Dans d'autres conditions d'âge et de force, on débute par de plus faibles doses.

Dès le quatrième ou le cinquième jour, lorsque la fièvre est bien coupée, on peut diminuer successivement la dose du sulfate de quinine, mais en ayant soin de continuer l'administration du médicament pendant douze ou quinze jours, afin de prévenir les récidives.

Quelques médecins, parmi lesquels il faut compter Sydenham, ont conseillé, la fièvre étant coupée, de donner la dose primitive du fébrifuge (et ce que cet auteur disait du quinquina s'applique naturellement au sulfate de quinine) à des intervalles de plus en plus éloignés, en saisissant le jour qui aurait été apyrétique si la fièvre eût continué.

On n'a pas des idées bien précises sur l'efficacité relative de ces différents modes d'administration du sulfate de quinine; une fièvre coupée a une grande tendance à se reproduire si l'on suspend trop tôt le fébrifuge. [Il est donc bon de le continuer pendant un certain temps, car il ne suffit pas de guérir la fièvre, mais encore la prédisposition. Dupré (de Montpellier) fait prendre le quinquina le huitième jour, après la dernière prise il y revient deux ou trois fois, quel que soit le type de la fièvre. Trousseau (4) suit à peu près la même méthode. Il fait prendre 1 gramme de sulfate de quinine en une ou deux doses, dans un intervalle de une ou deux

(1) Voy. Wilson Philips, *Fièvres intermittentes*. Paris, 1819.
(2) Lind, *Essai sur les maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1785.
(3) Fleury, *Des douches froides appliquées au traitem. de la fièvre intermitt.* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1848, t. XVI, p. 289).
(4) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition, 1865, t. III, p. 444.

heures. Le malade se repose un jour; le lendemain, même dose; puis il laisse trois jours d'intervalle; quatre, cinq, six, sept, enfin huit; et pendant un mois ou deux encore, il revient tous les huit jours à la même médication, en ne *diminuant jamais la dose.* Le médicament doit toujours être donné *au moment* des repas. Haspel n'abandonne le fébrifuge que douze à quinze jours après la disparition des accès dans les fièvres printanières, mais administré à intervalles plus ou moins éloignés. Pour les fièvres tierces et quartes, il persiste pendant un mois.]

Récemment Pfeufer (1) a cité 34 cas dans lesquels il a réussi à couper la fièvre en donnant *une seule dose de* 0gr,50 *de quinine en une fois peu de temps avant l'accès.* Dans les deux tiers des cas, il y a eu, après l'administration du médicament, un second accès moins fort que les précédents; mais ensuite la fièvre n'a pas reparu. Si cette méthode était réellement aussi efficace que le dit cet auteur, ce serait un grand avantage, surtout dans les campagnes, où le haut prix de la quinine empêche d'en donner des doses suffisantes; mais il faut encore bien des faits avant de se prononcer.

Il est de règle de commencer l'administration du sulfate de quinine dès que commence l'apyrexie, c'est-à-dire à l'époque la plus éloignée du moment où doit avoir lieu l'accès, et de faire en sorte que toute la dose soit prise quelques heures avant ce moment. Ce sel, quand on l'administre à doses fractionnées comme à l'ordinaire, a besoin de quelque temps pour agir; il n'est pas rare de voir l'accès revenir une ou deux fois, plus ou moins retardé et plus ou moins affaibli, après l'administration du médicament.

Les médecins qui regardent la fièvre comme étant sous la dépendance de l'engorgement de la rate, conseillent de continuer le sulfate de quinine à dose élevée pendant tout le temps que le volume de la rate dépasse ses limites naturelles; et si cet engorgement est ancien et se dissipe difficilement, ils donnent le sel à dose élevée. Bally administrait jusqu'à 2, 3 grammes de sulfate de quinine, et plus encore. Les essais que nous avons tentés nous ont convaincu que ces grandes doses de sulfate de quinine sont inutiles. La rate, une fois la fièvre bien coupée, diminue de jour en jour et reprend son état normal, alors même qu'on abaisse le sulfate de quinine à 60 ou à 50 centigrammes.

Nonat a cité des faits qui tendent à démontrer que quelques applications de *sangsues* ou de *ventouses scarifiées* sur la région splénique hâtent le retour de la rate à ses limites normales, alors même qu'on réduit le sulfate de quinine à de faibles doses (20 ou 30 centigrammes). A propos du mémoire que nous avons cité page 235, nous avons dit nous-même que la rate, qui restait stationnaire pendant deux ou trois jours après la cessation de la fièvre, bien que le sulfate de quinine continuât à être administré à dose assez élevée, diminuait rapidement sous l'influence des sangsues; mais nous avons vu depuis que nous nous étions un peu trop pressé, et, dans d'autres cas, ayant attendu un ou deux jours de plus, nous avons vu l'organe tuméfié diminuer avec rapidité, bien que nous ne fissions pas appliquer de sangsues, et que nous eussions réduit à 50 centigrammes le sulfate de quinine.

Si l'on en croit Piorry (2), l'action du sulfate de quinine est si prompte, qu'un

(1) Pfeufer, *Neue medicinische Zeitung.*
(2) Piorry, *Traité de médecine pratique.* Paris, 1845, t. VI, SPLÉNOPATHIES.

gramme de cette substance, administré dans une potion suffisamment acidulée pour transformer le sel en bisulfate, suffit pour faire diminuer la rate d'une quantité notable au bout de quarante ou cinquante secondes. Les expériences que nous avons tentées (1) nous ont montré que cette assertion est erronée. Nous avons vu constamment, la fièvre étant complétement coupée, la rate conserver son volume pendant deux, trois et quatre jours, bien que la dose de sulfate de quinine fût de 1 à 2 grammes pris en une seule fois le premier jour, et par doses fractionnées les jours suivants. Gouraud (2) a expliqué l'illusion de Piorry par un développement considérable de gaz dans l'estomac, dont le grand cul-de-sac vient, par sa sonorité, masquer la matité de la rate. Dans les cas que nous avions cités lorsque parut notre mémoire (1848) nous n'avions pas observé cet effet; mais plus tard, chez un sujet affecté de fièvre tierce avec un développement considérable de la rate, nous le vîmes se produire de la manière la plus évidente. Au bout d'une demi-minute, la matité de la rate parut diminuer, mais par sa limite interne seulement; puis cette diminution apparente fit des progrès tels, que la moitié interne de la matité avait disparu pour faire place à un son très-clair, tandis que la moitié externe persistait. Et ici on ne pouvait pas se méprendre sur la cause, car la matité avait conservé son étendue suivant le diamètre longitudinal, tandis qu'elle avait diminué de moitié suivant le diamètre transversal : quand il s'agit de la diminution de l'organe lui-même, cette diminution est concentrique. De plus, le malade ayant été examiné deux heures plus tard, le volume anormal de la rate donnait lieu à la matité primitive, parce que la distension de l'estomac avait cessé. Enfin, pour qu'il ne manquât rien à l'expérience, la même épreuve fut faite le lendemain avec un verre de tisane froide, et les choses se passèrent absolument comme avec le sulfate de quinine.

Chez les enfants, il est difficile de faire accepter le sulfate de quinine, quelque précaution qu'on prenne pour cela. On peut le leur prescrire *dans du café*, comme le conseille R. De Wouves, mais l'infusion de café est très-excitante à cet âge. Cependant, en l'administrant comme le recommande Ebrard, il n'a pas d'inconvénient. Ce médecin délaye de 10 à 15 centigrammes de sulfate de quinine dans quelques gouttes d'infusion de café torréfié, puis il ajoute 30 grammes d'une infusion quelconque, il sucre le mélange, et ajoute même un peu de lait. Les enfants prennent cette boisson sans répugnance.

Petzold (3) donne aux très-jeunes enfants le mélange suivant :

℞ Miel..............	45 grammes.	Mixture d'acide sulfurique.....	4 gram.
Sulfate de quinine ...	75 centigram.		

Mêlez. Dose : une cuillerée à café toutes les heures ou toutes les deux heures.

Un moyen plus simple est de faire faire de *petites pilules de quinine brute* qu'on leur fait prendre dans un pruneau, dans le potage, dans de la bouillie épaisse, etc. La quinine brute ayant moins d'action que le sel, il faut en donner une dose un peu plus élevée (20 ou 25 centigrammes pour un enfant de trois ou quatre ans, et élever ensuite la dose suivant l'âge).

(1) Valleix, *Mémoire cité* (*Union méd.*, 1847).
(2) Gouraud, *Journal des connaiss. méd.-chir.*
(3) Petzold, *De la fièvre intermittente chez les enfants nouveau-nés* (*Journ. für Kinderkrankheiten*, décembre 1845).

Avant qu'on eût découvert le sulfate de quinine, on obtenait les même résultats avec le *quinquina*. Or, il se pourrait qu'on n'eût à sa disposition que cette dernière substance; on administrerait alors le quinquina sous forme d'*extrait*, à la dose de 6, 8, 12, 16 grammes, soit en bols, soit dans du pain à chanter, soit dans une potion. Le quinquina jaune en poudre doit être prescrit à dose plus élevée (de 8 à 20 grammes, et plus par jour, en deux ou trois fois). [Ce moyen est moins dispendieux. On peut le prendre soit en opiat, soit dans du pain azyme, dans une tasse de café ou dans du riz, dans une infusion aromatique.]

Le sulfate de quinine est un sel irritant. Lorsque l'estomac est enflammé ou très-susceptible, il y a des inconvénients à l'administrer par la bouche. On peut alors le donner en *lavements*, en ayant soin d'y joindre 10 à 12 gouttes de *laudanum*, pour que le liquide puisse être conservé. [Quand on le prescrit en lavement, il faudra le rendre soluble par l'addition de deux ou trois gouttes d'acide sulfurique alcoolisé ou d'eau de Rabel; c'est une condition indispensable. Ce lavement doit toujours être précédé d'un demi-lavement simple dont l'effet est de débarrasser l'intestin et de rendre plus facile l'absorption de la quinine.

Sulfate de cinchonine. — Bouchardat, Delondre, Girault, assurent que ce sel peut marcher de pair avec le sulfate de quinine. Moutard-Martin (1) l'a trouvé moins actif que le sulfate de quinine, plus toxique, mais il a l'avantage de ne déterminer ni troubles, ni bourdonnements d'oreilles. Les doses et le mode d'administration sont les mêmes que pour le sulfate de quinine.]

Lorsque l'irritation de l'estomac est peu considérable, on peut encore donner le médicament par la bouche, mais en l'associant à l'*opium;* ou bien on peut recourir au quinquina, qui est moins irritant que le sulfate de quinine.

Il peut arriver aussi que l'intestin soit enflammé; en pareil cas, on a eu recours à la *méthode endermique*. En appliquant le sulfate de quinine sur la peau dénudée, on peut arrêter la fièvre, mais ce sel a l'inconvénient de causer de vives douleurs, et, ce qui est beaucoup plus grave, de produire des eschares.

Les *frictions avec une pommade chargée de sulfate de quinine* sont un moyen très-infidèle. On est souvent obligé d'y recourir chez les enfants, c'est ce qu'a fait en particulier Ebrard. Nous en avons obtenu de bons effets. On mêle le sulfate de quinine à l'axonge, dans la proportion de 1, 2, 3 grammes et plus pour 30 grammes. Les frictions se font dans les aisselles, aux aines, sur l'abdomen.

Tannate de quinine. — Barreswil (2) a présenté à l'Académie de médecine un nouveau sel de quinine, le *tannate*, dont l'action paraît, d'après les rapports de la commission, être identique avec celle du sulfate, et qui n'a pas l'amertume de ce dernier sel. Il s'administre aux mêmes doses et de la même manière.

On a cherché dans d'autres substances des succédanés du quinquina et du sulfate de quinine; mais presque tous ces moyens, un moment vantés, sont aujourd'hui tombés dans l'oubli : ce sont la *salicine*, l'*olivier*, le *fer*, le *mercure*, l'*opium*, l'*alun*, le *phosphore*, la poudre de *houx*, le *sulfate de bébéerine*, etc. [Delioux signale le *café* comme un des bons succédanés du quinquina. Il considère le café torréfié comme moins actif que la graine dans son état naturel, et il l'emploie de deux manières :

(1) Moutard-Martin, *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1860, t. XXIV, p. 447.
(2) Barreswil, *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1852, t. XVII, p. 415.

« A. En décoction concentrée : on prend 30 à 60 grammes de café que l'on fait bouillir dans 500 grammes d'eau, jusqu'à réduction du tiers ou même des deux tiers du liquide.

» B. En décoction étendue, ou tisane : 30 grammes de graine suffisent d'ordinaire pour 1000 grammes d'eau, dont l'ébullition enlève 100, au plus 200 grammes.

» Pour ces deux préparations il faut concasser la graine, afin que l'eau en sépare plus facilement toutes les parties solubles, et après avoir laissé bouillir tout le temps qu'on juge nécessaire, passer la décoction à travers un linge. On édulcore et l'on obtient ainsi une boisson qui n'a rien de déplaisant au goût.

» La décoction concentrée se donne dans l'apyrexie, peu d'heures avant l'accès à venir... »

Le café soutient l'action du quinquina. Quant au café non torréfié, il n'excite pas le système nerveux et ne provoque pas l'insomnie comme le café noir.]

[Le *chloroforme* a pu enrayer des fièvres qui avaient résisté à l'action du quinquina, soit que l'économie soit réfractaire à ce médicament, ou bien qu'elle s'y soit accoutumée. Cependant c'est un agent peu sûr. Delioux l'a fait prendre sous forme de sirop, contenant 0gr,50 de chloroforme par 10 grammes d'excipient. Il administre 20 à 60 grammes de sirop de chloroforme dans une potion gommeuse, que l'on prend en plusieurs fois pendant l'apyrexie.

L'*apiol*, principe immédiat du persil, a été préconisé par Joret et Homalle dans le traitement de la fièvre intermittente, à la dose de 0gr,25 à 1 gramme : l'apiol a pu guérir des fièvres intermittentes rebelles au quinquina.]

Gendron (1) a préconisé, dans ces derniers temps, l'*alkékenge* en poudre (*Physalis alkekengi*, *Solanum visicarium*). Cette substance se donne à dose variable suivant les cas. On peut en prescrire de 4 à 18 grammes dans un demi-verre d'eau. Les faits rapportés par Gendron doivent engager à essayer ce médicament, surtout dans les campagnes, où il serait si avantageux d'avoir un succédané peu dispendieux de la quinine.

L'*arsenic* mérite une mention particulière. On l'avait déjà administré à la dose de 1/30e ou 1/16e de grain, et quelques auteurs avaient vanté ses bons effets, lorsque Boudin (2) eut occasion d'essayer cette substance sur une grande échelle, chez les militaires qui avaient contracté la fièvre intermittente.

Or il a conclu des faits qu'il a observés, qu'il est un certain nombre de cas dans lesquels le sulfate de quinine n'ayant pas d'action, l'acide arsénieux a guéri la fièvre; qu'il en est un nombre notablement moins considérable où, l'arsenic restant sans effet, le sulfate de quinine a procuré la guérison; enfin que, dans les cas où l'un et l'autre médicament ont eu un bon effet, l'acide arsénieux agit plus promptement et plus sûrement. Ces expériences, comme on le voit, sont toutes à l'avantage de l'arsenic; malheureusement elles n'ont pas été suffisamment répétées. Ayant eu, dans plusieurs cas, recours à l'acide arsénieux, nous avons vu les accès continuer pendant huit ou dix jours, tandis que la première dose de sulfate de qui-

(1) Gendron, *De l'alkékenge ou coqueret des vignes* (*Journ. des conn. méd.-chir.*, janvier 1851).

(2) J. Ch. M. Boudin, *Traité des fièvres intermitt., etc.* Paris, 1842. — H. Bailly, *Études sur l'emploi thérap. des préparations arsenicales,* thèse. Paris, 1850.

nine les faisait cesser. Sommes-nous tombé sur quelques-uns des cas particuliers mentionnés par Boudin, et dans lesquels l'arsenic se montre inefficace? C'est ce que nous ne saurions dire. Voici comment Boudin procède.

Première formule. — Poudre minérale fébrifuge.

℞ Acide arsénieux . . . . $0^{gr},01$ (1/5[e] de grain).

Ajoutez successivement et par petites portions :

Sucre de lait pulvérisé . . . . 1 gram. (20 grains).

Triturez dans un mortier de verre, assez longtemps (au moins dix minutes) pour que le mélange soit intime.

Divisez en vingt paquets. Chaque paquet représente un demi-milligramme ou un centième de grain d'acide arsénieux.

Dose : un paquet délayé dans une cuillerée d'eau cinq ou six heures avant le moment présumé de l'accès.

Deuxième formule. — Pilules minérales fébrifuges.

℞ Arséniate de soude . . . . $0^{gr},01$ (1/5[e] de grain).

Dissolvez dans :

Eau distillée . . . . q. s.

Saturez avec :

Amidon pulvérisé . . . . q. s.

Pour vingt pilules. Dose : une ou deux dans les vingt-quatre heures.

Troisième formule. — Lavement minéral fébrifuge.

℞ Arséniate de potasse . . . . $0^{gr},01$ (1/5[e] de grain).
Eau distillée . . . . 1000 gram. (1 litre).

Divisez en dix parties. Chaque partie servira pour un lavement.

Boudin, qui primitivement ne dépassait jamais la dose de 1 à 2 centigrammes de ce médicament, la porte maintenant jusqu'à 4 et 6 centigrammes, et il emploie en même temps un traitement analeptique.

Il est des cas ou l'arsenic a pu guérir des fièvres intermittentes rebelles au sulfate de quinine. Dufour, de Lyon (1), d'après les expériences faites par Teissier, Rodet, et par lui-même, conclut que l'arsenic est préférable dans les fièvres à type quarte, ainsi que dans les cas d'irritation des voies digestives, ou de saturation par la quinine.

On doit se ranger à l'opinion de Girbal (2), qui s'exprime ainsi qu'il suit dans ces principales conclusions de son travail :

1° L'acide arsénieux a une propriété fébrifuge réelle dans les fièvres intermittentes par intoxication paludéenne profonde.

2° Il réussit plus dans les fièvres tierces que dans les quartes et les quotidiennes.

3° Il n'exerce pas d'action spéciale sur l'engorgement splénique ni sur l'état général.

. . . .

(1) Dufour, *Des indications qui doivent faire préférer l'arsenic ou le quinquina dans les fièvres intermitt.* (*Revue méd.-chir.*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1[er] mars 1851).

(2) Girbal, séance de l'Académie des sciences du 3 mai 1852 (*Union médicale*, 6 mai 1852).

14° La médication arsenicale a une action moins prompte et moins sûre que la médication quinique.

16° Elle doit être bannie du traitement des accès pernicieux.

Hydro-ferrocyanate de potasse et d'urée. — Baud, de Bourganeuf (1), a fait connaître un nouveau moyen de traitement qui, selon lui, serait supérieur au traitement par le sulfate de quinine. Il consiste dans l'emploi de l'*hydro-ferrocyanate de potasse et d'urée* administré de la manière suivante :

On fait avec cette substance des pilules de 15 centigrammes chacune, que l'on couvre d'une enveloppe de sucre pour en masquer l'amertume. Si l'on est appelé au moment de l'accès, on administre dix, quinze ou vingt pilules à prendre par cinq, dans une cuillerée de tisane ou d'eau, de demi-heure en demi-heure. Si le malade est actuellement apyrétique, on lui prescrit dix, quinze ou vingt pilules à prendre en partie une heure avant l'accès et en partie pendant la première heure de l'accès lui-même. Enfin s'il s'agit d'accès pernicieux ou d'accès qui ne laissent pas entre eux d'intervalle apyrétique, il faut augmenter considérablement la dose des pilules, qu'on donne à des intervalles rapprochés, et dont on continue l'emploi pendant plusieurs jours.

Baud se fonde sur 160 observations recueillies dans sa pratique et dans celle de plusieurs autres médecins. Mais l'expérience n'a pas confirmé les résultats promis.

Sel marin. — Thomas, de la Nouvelle-Orléans (2), a employé avec succès le *chlorure de sodium* contre la fièvre intermittente, qui a résisté au sulfate de quinine. Il administrait le chlorure de sodium à la dose de 2 gros (8 grammes) par jour dans un peu d'eau sucrée ou de tisane, 1 gros le matin à jeun, 1 gros trois heures après le déjeuner. [Nous préférons le café à l'eau comme excipient.] Il le continuait ordinairement pendant trois jours, si (ce qui a lieu habituellement dans la fièvre quotidienne ou tierce) l'accès était coupé dès le premier ou le deuxième jour. Quand la fièvre persistait plus longtemps, il conseillait d'en prolonger davantage l'usage. Une ou plusieurs semaines sont quelquefois nécessaires dans les fièvres quartes. Les doses peuvent être augmentées sans inconvénient ; il est même indispensable de le faire dans certains cas. Mais, en général, la dose qui vient d'être indiquée lui paraissait suffisante, bien que quelques médecins de la localité aient jugé convenable de l'élever davantage. Buys, de Bruges (3), a donné ce médicament à quarante-huit fiévreux : près des deux tiers présentaient le type quotidien ; une dizaine le type tierce, et trois le type quarte. Tous, à l'exception de ceux atteints de ce dernier type, ont guéri dans l'espace de deux ou trois jours, par l'administration de 30 à 45 grammes de sel commun dans 180 grammes d'eau administrés dans les vingt-quatre heures. [Employé dans un grand nombre d'hôpitaux militaires contre des fièvres intermittentes, le sel marin a dû être abandonné (Michel Lévy) (4).]

Hydrochlorate d'ammoniaque. — Aran (5) a employé le sel ammoniac déjà mis en usage par Mays ; il a traité par ce médicament 13 cas de fièvre, se décomposant ainsi : 5 tierces, 7 quotidiennes et 1 irrégulière. Sur les 13 malades, 7 ont

(1) Baud, *Nouveau mode de traitement des malad. périod. et autres affections intermittentes*. Paris, 1850.

(2) Thomas, *Gazette des hôpitaux*, mai 1847.

(3) Buys, *Ann. de la Flandre occidentale*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 15 août 1855.

(4) M. Lévy, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 1852, t. XVII, p. 425.

(5) Aran, *Bulletin gén. de thérap.*, 30 octobre 1851.

éri immédiatement (l'accès n'est pas revenu) ; 4 ont été guéris au deuxième cès ; 2 ont continué, l'un jusqu'au huitième, l'autre jusqu'au quatrième cès.

Ce médecin prescrit la potion suivante :

Chlorhydrate d'ammoniaque... 8 gram.	Eau distillée de fleur d'oranger. 50 gram.
Eau distillée de menthe...... 50 gram.	

A prendre en deux fois, le plus loin possible de l'accès, et faire suivre chaque prise d'une se de café pur sucré ; continuer le traitement pendant quelques jours.

Chevreuse (1) cite une observation dans laquelle le sulfate de quinine, employé us toutes les formes, échoua. Ce médecin eut recours alors au *jus de feuille de antain* (*Plantago major*), à la dose d'un demi-verre avant chaque accès, et tint ainsi une prompte guérison. Depuis, dit-il, il a employé ce moyen dans aquante cas, et le jus de plantain a réussi à couper des accès qui avaient résisté sulfate de quinine.

Ventouses sèches. — Les ventouses sèches doivent être appliquées au nombre de à vingt le long de la colonne vertébrale et principalement à la nuque, au moment l'invasion de l'accès.

Élie Bellencontre (2) a proposé contre la fièvre intermittente des frictions avec *uile de térébenthine* et le *laudanum de Rousseau*, dans la proportion suivante :

24 Huile essent. de térébenthine. 125 gr.	Laudanum de Rousseau .... 4 gram.

Mêlez. Pour frictions matin et soir, pendant l'apyrexie, sur la colonne vertébrale. La dose de deux cuillerées pour chaque friction ; elle est toutefois subordonnée à l'âge et à la stitution du sujet.

Maillier (3), qui depuis 1846 a employé cette méthode, en a obtenu un succès nstant. Il importe donc de l'expérimenter de nouveau.

Traitement de la cachexie intermittente. — Séjour dans un *lieu sec*, *vêtements* i tiennent le corps à l'abri du froid et de l'humidité, *régime* fortifiant, *amers*, *toniques* et surtout les *ferrugineux*. [L'*anémie* sera traitée par les ferrugineux, r les toniques, les amers, le vin de gentiane ; on tonifiera l'organisme avec une mentation réparatrice consistant en viandes noires et en vin vieux. C'est dans s circonstances surtout que l'hydrothérapie peut faire des merveilles. Quelque-s il faudra y joindre le séjour à la campagne, le retour au pays natal, l'usage des ux ferrugineuses d'Orezza, de Bussang, de Spa, de Cransac.

L'*hydropisie* demande à peu près le même traitement ; quelquefois on pourra venir à la quinine, si le malade n'en est pas saturé. Les purgations au calomel nt ici fort bien indiquées ; on pourra y joindre quelques vésicatoires volants sur bdomen et l'usage des diurétiques (oxymel scillitique) et des sudorifiques, à moins e la faiblesse ne soit trop considérable.]

Contre l'œdème consécutif, les mêmes moyens, et en outre des frictions sèches aromatiques, des fumigations aromatiques ; de légers laxatifs s'il y a constipation.

Il résulte des observations de Forget, de Strasbourg (4), que le *quinquina*,

(1) Chevreuse, *Revue méd.-chir.*, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1er mars 1851.
(2) Bellencontre, *Journ. des conn. méd.-chir.*, juillet 1846.
(3) Maillier, *Journ. des conn. méd.-chir.*, novembre 1849.
(4) Forget, *Bulletin gén. de thérap.*, août 1848.

à la dose de 4 grammes d'extrait mou dans une potion, est plus efficace contre l'anasarque qui succède aux fièvres intermittentes que le sulfate de quinine lui-même ; dans ses observations, le quinquina a été donné après le sulfate de quinine et à une époque où la maladie pouvait avoir de la tendance à se dissiper d'elle-même. Il faudrait, pour nous fixer sur ce point, expérimenter le quinquina dans la période où l'anasarque se produit.

Traitement de la fièvre intermittente chez les enfants. — Le traitement employé par Semanas consiste dans l'administration de lavements au quinquina et au sulfate de quinine, et dans des frictions avec une pommade au sulfate de quinine. Cette dernière est composée de parties égales d'axonge et de sel fébrifuge. Pour l'employer, il suffit d'en déposer toutes les heures gros comme une noisette sous les aisselles et dans le pli des aines. Quant aux lavements, voici leur composition :

Quinquina jaune royal.......................... 18 gram.

F. s. a. une décoction de 60 grammes. Ajoutez :

Sulfate de quinine......... 5 décigr. | Poudre de gomme arabique..... q. s.

Mêlez.

Ces lavements doivent être administrés à des intervalles de cinq heures. Si la fièvre est très-grave, on doit les donner à des intervalles de trois heures, et porter la dose du sulfate de quinine à 8 et 10 décigrammes.

ARTICLE II.

FIÈVRES PERNICIEUSES.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On doit donner le nom de *fièvre pernicieuse* à tous les accès fébriles qui se compliquent d'accidents graves vers les principaux organes de l'économie, ou qui présentent une intensité exagérée des phénomènes de la fièvre intermittente ; conditions fâcheuses et dans lesquelles les sujets, ainsi que nous l'a appris l'expérience, sont en danger de mort.

Morton (1) commença à attirer d'une manière toute spéciale l'attention des praticiens sur ces affections si graves, et, après lui, les médecins qui observaient dans les pays marécageux en donnèrent des descriptions saisissantes. Il faut citer celles de Torti (2), qui sont consultées par tout le monde ; Drouet, Nepple (3), Maillot (4), sont ceux qui ont traité avec le plus d'étendue les questions qui se rattachent aux fièvres pernicieuses.

§ II. — Symptômes.

Si l'on voit chez un sujet, peu de temps auparavant bien portant, survenir des symptômes très-graves, *quels qu'ils soient*, on doit déjà redouter d'avoir affaire à une fièvre intermittente pernicieuse.

(1) Morton, *Opera medica*. Lugduni, 1737.
(2) Torti, *Therapeutice specialis ad febres periodicas perniciosas*. Æodii, 1821.
(3) Nepple, *Essai sur les fièvres rémittentes et intermittentes*. Paris, 1828.
(4) Maillot, *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1836.

Si un examen attentif de tous les organes ne fait pas reconnaître une lésion pro-
nde de l'un d'entre eux, la présomption devient plus forte.

Si l'on se trouve à une époque où sévissent les fièvres intermittentes, quel que
it le lieu où l'on est, on a une raison de plus de croire à une fièvre pernicieuse;
cette raison devient beaucoup plus forte lorqu'on se trouve dans un pays maré-
ageux où sévit la fièvre intermittente, ou si le pays est devenu accidentellement,
ar le curage des canaux, la mise à sec des étangs, etc., dans les conditions des
ays marécageux.

Si l'on apprenait que le malade a été, à une époque antérieure, atteint de fièvre
termittente, l'hésitation serait moins grande encore; et enfin si l'on savait que
s accidents graves dont on est témoin ont été précédés d'accès à intervalles plus
ı moins bien tranchés, on ne pourrait plus douter, dès le premier examen, qu'il
agit d'une fièvre pernicieuse.

§ III. — Formes de la maladie.

L'exagération des symptômes propres aux divers stades de la fièvre intermittente
onne lieu à deux fièvres principales. La première est la *fièvre algide*, dans laquelle
frisson est excessif et le malade peut succomber avec tous les signes d'un refroi-
ssement mortel. L'intervalle apyrétique, dans cette forme, laisse les malades plus
ı moins abattus et souffrants, et le stade de sueur est peu marqué. La mort sur-
ent du premier au troisième accès ordinairement.

La seconde forme est la *fièvre diaphorétique*, qui n'est autre chose que l'exagé-
tion du stade de sueur. La transpiration est excessive, et les malades peuvent
ccomber avec tous les signes de l'épuisement le plus complet, dès le premier ou
euxième accès.

Parmi les fièvres pernicieuses qui ont pour symptômes des phénomènes graves
ı côté des organes importants, il n'en est pas qui se montrent plus fréquemment
ue celles qui présentent des *troubles nerveux*, et principalement le *délire* et le
ma. Cette forme si fréquente de la maladie qui nous occupe a fourni surtout des
guments à ceux qui voient dans la fièvre intermittente une gastro-céphalite ou une
fection céphalo-rachidienne. Quant à la théorie qui veut faire de la fièvre inter-
ittente une gastro-céphalite, elle ne peut plus se soutenir aujourd'hui; car l'ana-
mie pathologique a prouvé que le cerveau et l'estomac ne présentent aucun signe
inflammation; et d'ailleurs comment admettre qu'une inflammation assez grave
our donner lieu à d'aussi terribles symptômes cède au sulfate de quinine? Si nous
ons mentionné cette théorie, c'est parce que, conduisant à un traitement anti-
hlogistique, elle a été extrêmement funeste.

S'il y a *coma*, on dit que la *fièvre* est *comateuse*, *léthargique*, *apoplectique*, etc.;
ı délire plus ou moins marqué constitue la *fièvre délirante*. Quant à la *fièvre*
nvulsive, on lui a donné divers noms (*épileptique*, *tétanique*, *cataleptique*, etc.),
ivant que les convulsions affectent telle ou telle forme.

Cavaré (1) a cité un cas dans lequel les accès étaient accompagnés d'une *para-*
ysie générale du sentiment et du mouvement; ils avaient le type quotidien; les
ccidents se dissipaient pendant l'apyrexie.

(1) Cavaré, *Gazette médicale de Toulouse*, juillet 1853.

On observe plus rarement des symptômes graves *du côté du cœur*. Cependant on voit, chez certains sujets, une douleur des plus violentes se manifester du côté de l'épigastre et de la région précordiale : c'est la *fièvre cardialgique ;* chez d'autres, il survient des *syncopes* plus ou moins fréquentes : c'est la *fièvre syncopale.*

Les autres formes que nous avons encore à mentionner sont moins fréquentes et, en général, moins dangereuses. Ce sont, *du côté des voies digestives* et *de leurs annexes*, la *fièvre cholérique*, la *fièvre dysentérique*, la *fièvre gastralgique*, *néphrétique*, *hépatique*.

Liégey (1) a observé, à l'époque où le choléra commençait à sévir dans le nord de la France, des *fièvres intermittentes à forme cholérique.* Le sulfate de quinine était encore ce qui réussissait le mieux dans ces cas particuliers.

Enfin, *du côté des voies respiratoires*, on a signalé la *fièvre asthmatique*, *aphonique*, *pleurétique* ou *pneumonique ;* les deux premières ne méritent guère d'être rangées parmi les fièvres pernicieuses.

Toutes ces formes, comme on le voit, empruntent leurs symptômes à des maladies parfaitement connues; toute description détaillée devient par conséquent inutile.

§ IV. — Durée des accès.

Nous n'avons pas encore parlé de la *durée croissante des accès*, et cependant c'est là une circonstance qu'il ne faut pas perdre de vue, car elle doit faire craindre que la fièvre, qui peut avoir commencé comme une fièvre intermittente simple et bénigne, ne devienne pernicieuse. A mesure, en effet, que l'accès devient plus long, il peut devenir plus intense; le quatrième et le cinquième peuvent s'accompagner d'accidents mortels, ou ne laisser entre eux aucun intervalle apyrétique pour l'administration la plus convenable du sulfate de quinine.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans les fièvres pernicieuses, la rate présente, au moins dans le plus grand nombre des cas, des lésions graves. Elle est tuméfiée, souvent d'une manière très-considérable; elle est ramollie, quelquefois transformée en bouillie noirâtre, parfois même rompue. Quant aux lésions des autres organes, elles se réduisent presque constamment à de simples congestions. La perniciosité des fièvres intermittentes ne dépend nullement de ce que la fièvre est compliquée d'affections diverses, car ces congestions sont sous la dépendance de la cause délétère qui a produit la fièvre elle-même.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Dans les considérations précédentes, nous avons posé les bases du *diagnostic* et du *pronostic*, nous n'avons rien à ajouter ici.

§ VII. — Traitement.

Les symptômes qu'on observe du côté des organes importants ayant surtout attiré l'attention, on a pensé qu'avant tout il fallait les combattre, et c'est surtout dans les cas de fièvre pernicieuse qu'on a posé en principe que le quinquina n'agit pas

(1) Liégey, *Union médicale*, 10 février 1849.

bien si l'on n'a d'abord combattu la *congestion cérébrale*, l'*état inflammatoire* général, l'*état bilieux*, etc.

Nous avons examiné, sous ce point de vue très-important, les observations publiées par les auteurs, et surtout celles de Nepple et Maillot, et nous avons été convaincu que le temps pendant lequel on avait traité les malades par les *saignées*, les *sangsues*, les *vomitifs*, avait été un temps très-malheureusement perdu. On a été trompé par la rémission qui survient naturellement après l'accès, et l'on a oublié que les moyens qui agissent véritablement sur la fièvre intermittente, pernicieuse ou non, ne sont pas ceux qui modèrent les symptômes actuellement existants, mais ceux qui agissent sur l'accès suivant, soit en le supprimant, soit en le modérant et en le retardant. Or il n'y a que le quinquina qui agisse ainsi d'une manière assez constante pour inspirer de la confiance, et, par conséquent, c'est au quinquina qu'il faut avoir recours aussitôt qu'il est possible de le faire.

Tout en traitant les symptômes dont il s'agit ; on doit recourir immédiatement au fébrifuge, et il vaudrait beaucoup mieux les négliger que d'y recourir de manière à retarder l'administration du remède spécifique.

On a recommandé d'attendre l'apyrexie pour l'administration du sulfate de quinine, à moins que les accès ne soient tellement rapprochés qu'ils ne laissent pas un intervalle suffisant pour agir convenablement. On a eu maintes fois à se repentir d'avoir suivi ce précepte. Que le malade succombe dans un accès prolongé, et bien qu'en pareil cas l'administration du sulfate de quinine n'ait que de faibles chances de succès, on doit se reprocher d'avoir privé le malade de ces chances, quelque faibles qu'elles soient ; mais, ce qui est bien plus grave, il peut arriver que des accès qui jusque-là avaient laissé des intervalles suffisants, se prolongent tout à coup de manière à ne laisser qu'un très-court intervalle, ou à n'en plus laisser du tout. En pareil cas, l'accès suivant, qu'on n'a pas eu le temps de prévenir parce qu'on a attendu pour agir la fin du précédent, peut emporter rapidement le sujet. Nous n'avons vu dans aucun cas rapporté par les auteurs que l'administration du sulfate de quinine pendant l'accès ait eu les effets fâcheux qu'on lui attribue ; nous-même, ayant été appelé pour un cas de fièvre avec délire violent, suivi de coma, nous n'hésitâmes pas à prescrire immédiatement le sulfate de quinine, dont l'administration avait été ajournée à l'apyrexie par un autre médecin ; il n'y eut aucun accident. L'accès suivant, qui commença peu de temps après la fin de celui dont nous venions d'être témoin, fut beaucoup plus faible, et le troisième manqua complétement.

On doit considérer, plus qu'on ne le fait communément, le sulfate de quinine comme le remède souverain, non-seulement de la fièvre intermittente, mais encore de tous les symptômes qui l'accompagnent, quelle que soit leur nature. En partant de ce principe, on agira à temps.

La *dose* du sulfate de quinine doit être plus considérable dans les fièvres pernicieuses que dans la fièvre intermittente simple ; elle varie de 1 gramme à 2 ou même 3 chez l'adulte ; mais on peut très-bien s'arrêter à la dose de 1 gramme à 2 grammes. Quant au *mode d'administration*, il est le même que dans la fièvre intermittente simple ; et, comme dans la fièvre intermittente simple, si l'on ne peut pas l'introduire par la bouche, il faut chercher les autres voies que j'ai mentionnées, ou plutôt il faut agir à la fois par ces diverses voies, et en même temps

qu'on a recours à l'administration par la bouche, donner des lavements avec 1, 2 ou 3 grammes de sulfate de quinine, appliquer ce sel sur une surface dénudée par un large vésicatoire, l'incorporer dans une pommade qui servira aux frictions. L'essentiel, c'est d'agir promptement et de faire absorber une assez grande quantité de sel de quinine pour s'opposer rapidement aux symptômes fâcheux de la fièvre.

Ajoutons que les états comateux, délirant, inflammatoire, diarrhéique, doivent être traités par les moyens appropriés et bien connus des médecins (opium, sangsues, vésicatoires, etc.); mais qu'on ne voie en eux que des auxiliaires qui doivent marcher après le sulfate de quinine.

Ce que nous avons dit plus haut relativement au *quinquina* pourrait être répété ici. Qu'on n'oublie pas seulement qu'il faut forcer les doses.

ARTICLE III.

FIÈVRE PSEUDO-CONTINUE.

La *fièvre pseudo-continue* n'est autre chose qu'une fièvre intermittente qui ne laisse plus d'intervalle d'apyrexie, et qui, suivant les auteurs qui ont été à même de l'observer, est de nature à en imposer nécessairement pour une fièvre continue à quiconque ne serait pas prévenu. Telle est l'assertion positive de Maillot. Cependant, si l'on étudie les observations fournies par les auteurs, on voit qu'il n'en est pas qui ne présentent, à des intervalles plus ou moins rapprochés, des exacerbations que tout observateur attentif doit saisir, surtout si l'on pratique dans un pays marécageux. Il faut en revenir toujours à ce précepte, que *quelle que soit la maladie aiguë qu'on ait à traiter lorsque le cas est grave, on ne doit jamais perdre de vue la possibilité de l'intermittence.*

Cette forme se présente presque constamment avec le caractère pernicieux; quelquefois le type continu se déclare tout d'abord, tandis que, dans certains cas, il y a eu préalablement une intermittence plus ou moins tranchée; que les accidents du côté des centres nerveux sont les plus fréquents, et que le *traitement* doit être celui des fièvres intermittentes graves.

ARTICLE IV.

FIÈVRES LARVÉES.

On a donné ce nom à toutes les affections qui sont caractérisées par des accès périodiques cédant au sulfate de quinine, quels que soient leurs symptômes. C'est ainsi que les *névralgies*, les *convulsions*, la *céphalée*, le *hoquet*, l'*insomnie* et beaucoup d'autres affections offrent des exemples dans lesquels la périodicité est évidente.

Une attention sérieuse donnée à l'intermittence est d'autant plus nécessaire que parfois les fièvres larvées peuvent être pernicieuses. Nous avons vu une petite fille de six ans succomber au cinquième accès de convulsions non fébriles, dont l'intermittence périodique avait été méconnue. Nous fûmes appelé au moment où l'enfant expirait.

Le *traitement* est toujours le même. Le sulfate de quinine, voilà le remède auquel il faut avoir recours tout d'abord, quand le caractère périodique existe réellement. Seulement il peut arriver que, malgré le retour périodique des accès, le

sulfate de quinine reste sans effet : c'est ce que nous avons fait remarquer à l'occasion des *névralgies* (1) ; mais, en pareil cas, le sulfate de quinine n'a aucun danger, et l'on peut ensuite recourir avec plus de sécurité aux remèdes ordinaires.

ARTICLE V.

FIÈVRE BILIEUSE GRAVE DES PAYS CHAUDS, OU RÉMITTENTE.

[La maladie désignée sous ce nom a-t-elle le droit de prendre place dans les cadres nosologiques ; ou bien n'est-elle formée que de la réunion arbitraire de cas mal interprétés de dysenterie, d'hépatite, d'ictère grave, de fièvre paludéenne compliquée d'accidents bilieux ? Les auteurs anglais (2), qui ont particulièrement écrit sur ce sujet, se sont assez peu préoccupés de cette question. Ils ont vu, étudié et décrit une maladie fébrile qui leur semblait distincte de toutes les autres maladies ; ils lui ont donné, d'après ces caractères dominants, le nom de *fièvre rémittente bilieuse*, et n'ont pas cherché à pénétrer dans l'intimité de sa nature. Ils ont dit d'ailleurs que ce n'était pas une hépatite, parce qu'il n'y avait pas d'abcès du foie ; que ce n'était pas un fièvre intermittente, parce qu'elle résistait au quinquina ; et ce sont là tous les renseignements que nous avons eus pendant longtemps sur ce sujet.

Ce n'est que depuis un très-petit nombre d'années que la question a été étudiée de nouveau, et que des discussions ont eu lieu sur l'essentialité de la fièvre bilieuse. Les uns en ont nié l'existence ; les autres ont affirmé que c'est une espèce, une entité morbide bien définie.

Ici, comme pour toutes les maladies que nous ne connaissons pas par observation personnelle, nous userons de notre réserve habituelle, et nous nous en rapporterons volontiers aux descriptions des médecins qui ont *vu* et qui ont *décrit d'après nature*. Les discussions en dehors de l'observation des faits sont oiseuses ; aussi croyons-nous devoir emprunter au livre de Dutroulau les principaux détails qui vont suivre.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Dutroulau (3) définit ainsi cette maladie : « On doit entendre par *fièvre bilieuse les climats intertropicaux* une pyrexie qui, sans considération du type, et pouvant les revêtir tous, présente pour caractère essentiel et souvent unique les symptômes prononcés et persistants de l'état bilieux : ictère, vomissements, selles, urines caractéristiques de cet état ; et pour caractère grave, les phénomènes cérébraux, hémorrhagiques ou autres, pouvant être attribués à une altération du sang par la bile. Toute fièvre ou maladie fébrile dont l'élément bilieux n'est que passager et secondaire ou symptomatique d'une lésion anatomique primitive localisée dans un organe quelconque, n'est pas une fièvre bilieuse. »

Nous acceptons cette définition, parce qu'elle est la plus récente, la plus précise, et que l'auteur a dû nécessairement, avant de s'y arrêter, analyser et peser celles de tous les autres observateurs.

(1) Valleix, *Traité des névralgies*.
(2) Stewardson, *The American Journal*, 1841 et 1842. — Bartlett, *The history, diagnosis and treat.*, etc. Philadelphia, 1842.
(3) Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*, p. 239.

Comme on le verra à l'article *Diagnostic*, il faut isoler la *fièvre bilieuse grave* d'un certain nombre d'autres affections qui ont été confondues avec elle. « Dégagée ainsi des maladies avec lesquelles on la compare souvent, la fièvre bilieuse grave *n'est pas* une maladie *fréquente* sous les tropiques ; si à Madagascar elle s'observe fréquemment sans qu'on puisse dire cependant qu'elle soit la forme la plus commune de la fièvre endémique, elle n'apparaît guère dans les climats de l'Atlantique qu'à certains moments d'épidémie, et est très-rare dans quelques localités. Pendant dix-sept ans de pratique aux Antilles, j'ai pu m'assurer qu'elle ne s'observe qu'exceptionnellement à Saint-Pierre et à la Basse-Terre, et que des divers foyers palustres de ces îles, c'est la Pointe-à-Pître qui en offre de beaucoup les cas les plus nombreux (1). »

Cette maladie a été décrite sous les noms divers de : *bilious remittent fever*, *fièvre rémittente bilieuse des pays chauds*, *grande endémique des climats intertropicaux* (Indes), *pernicieuse ictérique* (Madagascar, Daullé), *bilieuse hématurique* (Antilles), *fièvre jaune des acclimatés et des créoles* (Pointe-à-Pître), *bilieuse typhoïde* (Égypte, Griesinger), *hémitritée* (Provinces danubiennes). Il n'est pas bien certain que le *causus* (καυσος) d'Hippocrate et la *fièvre méditerranée* ou *méditerranéenne* de quelques médecins voyageurs soient identiques avec la fièvre bilieuse proprement dite (2).

§ II. — Causes, nature de la maladie

Topographie. — Les études récentes de topographie médicale ont montré que les maladies ne sont pas disséminées au hasard à la surface du globe, et qu'il existe des circonscriptions morbides géographiques bien déterminées. En effet, il y a des affections qui ne se généralisent pas, mais qui restent étroitement confinées dans les pays où elles ont pris naissance ; et ce n'est que d'une manière tout à fait accidentelle qu'elles rayonnent à quelque distance, pour expirer d'ailleurs à ces limites extrêmes de leur développement : la fièvre jaune nous a présenté des exemples de cette particularité. Mais la fièvre bilieuse grave est une des maladies les mieux circonscrites et les moins envahissantes ; elle ne paraît pas, en effet, s'être jamais propagée par infection ou par contagion, et il suffit de quitter les pays où elle est endémique pour être à l'abri de ses atteintes.

La plupart des médecins anglais l'ont attribuée aux seules influences climatériques des pays chauds, savoir : une chaleur moyenne constamment au-dessus de 20 degrés, une pression barométrique invariable, une humidité perpétuelle de l'atmosphère, et dépassant 80 degrés, un hivernage avec chaleur, humidité et électricité développée. Mais ces conditions sont loin d'être suffisantes pour le développement de la fièvre bilieuse, et elles ne peuvent servir qu'à expliquer seulement un de ses éléments, l'état bilieux proprement dit, ainsi que nous l'exposerons plus loin. Et, en effet, si ces influences étaient capables à elles seules de produire la fièvre bilieuse, cette affection se montrerait dans tous les climats intertropicaux. Or, c'est ce qui n'a pas lieu.

Dutroulau fait remarquer, au contraire, que certaines stations des climats

(1) Dutroulau, *ouv. cit.*, p. 267.
(2) Hippocrate, *Œuvres complètes*, traduction E. Littré : *Du régime dans les maladies aiguës*, 1840, t. II, p. 380.

intertropicaux ne présentent pas la moindre apparence de fièvre bilieuse, et il cite, à l'appui de son opinion, les faits suivants : « Tous les climats des tropiques ne sont pas habités par la fièvre bilieuse grave. Des six colonies principales que nous possédons, à de grandes distances les unes des autres, dans cette zone du globe, deux, très-salubres et exemptes de fièvre endémique grave, la Réunion et Taïti, ne produisent pas cette forme de la fièvre bilieuse ; on n'y observe qu'une fièvre saisonnière, ordinairement épidémique, qui est l'éphémère à forme tantôt inflammatoire, tantôt gastrique, bilieuse ou muqueuse. La seule fièvre grave qui y naisse ordinairement des causes accidentelles, ou s'y montre quelquefois sous forme épidémique, est la fièvre typhoïde, parfaitement semblable par sa marche, sa durée, ses caractères anatomiques et symptomatiques, à la fièvre typhoïde des climats tempérés. Des observations très-détaillées, et particulièrement un mémoire de Lesson, médecin en chef à Taïti, portant sur trente-trois faits complets et on ne peut mieux caractérisés, ne peuvent laisser aucun doute à ce sujet. Nos quatre autres colonies : Mayotte, Sénégal, Cayenne, Antilles, insalubres à différents degrés, et devant surtout leur insalubrité à des foyers très-intenses d'émanations palustres, qui y entretiennent continuellement toutes les formes graves de fièvre paludéenne, comptent, au contraire, la fièvre bilieuse comme forme pyrétique de leur règne endémique (1). »

Ces renseignements ne s'appliquant qu'aux colonies françaises, nous devons ajouter que la fièvre bilieuse grave s'observe aussi aux Indes orientales, et principalement dans la presqu'île du Gange, dans différents points du littoral de l'Afrique, dans les provinces méridionales des États-Unis. Enfin, on l'observe sur les côtes de l'Espagne, de l'Italie et de la Grèce ; c'est de là que dérive le nom de *fièvre méditerranée* ou *méditerranéenne.* On dit l'avoir observée quelquefois sur des navires en mer, et par opposition, au sein de quelques pays éloignés des eaux, comme la Hongrie. Ces deux derniers points paraissent douteux.

Influences palustres. — La connaissance de ces conditions topographiques est importante, car elle démontre le lien intime qui unit la fièvre bilieuse aux fièvres paludéennes. En effet, elle établit que la fièvre bilieuse grave est une maladie *endémique* dans certains climats des tropiques, et non dans tous ; « qu'elle est étrangère à ceux où ne règne pas la fièvre paludéenne ; qu'elle se rencontre, au contraire, dans tous ceux qui sont habités par toutes les formes graves des fièvres marenmatiques (2). »

Ainsi donc, la fièvre bilieuse ne serait, au fond, qu'une fièvre paludéenne ; et, en effet, ses caractères de type, de marche, de durée ; les lésions qui en sont la suite, et qui sont identiques avec celles des fièvres intermittentes ordinaires, sont de puissants arguments en faveur de cette opinion.

La fièvre bilieuse ne se développe jamais que chez des individus qui ont déjà été affectés une ou plusieurs fois de fièvres intermittentes, comme si l'intoxication paludéenne, après avoir pris possession de l'individu par ses symptômes typiques ordinaires, exigeait quelque condition nouvelle avant de se manifester sous la forme bilieuse. Et nous allons voir que c'est bien ainsi que les choses doivent être interprétées.

On a objecté que le quinquina est inutile ou nuisible dans les fièvres bilieuses,

(1) Dutroulau, *Archives générales de médecine*, octobre et novembre 1858, p. 5.
(2) Id., *ibid.*, p. 33.

et l'on s'est servi de cet argument pour repousser l'idée de l'élément paludéen. Cette objection s'écroule quand on considère l'inefficacité et l'impuissance fréquentes de ce médicament contre les fièvres intermittentes simples et pernicieuses, tant que le malade séjourne dans le foyer paludéen.

Conditions gastro-hépatiques. — Si la cause essentielle de la fièvre bilieuse était exclusivement le miasme des marais, il n'y aurait aucun motif pour considérer cette maladie isolément, et pour démembrer ainsi le grand groupe des affections paludéennes. Mais elle comprend aussi un ensemble de symptômes bilieux dont l'influence palustre ne saurait être le point de départ; et c'est ce nouvel élément qui la distingue des fièvres marécageuses et qui en fait une maladie à part.

La fièvre bilieuse est complexe et résulte de l'assemblage de deux états morbides différents. Elle ressemble beaucoup à ces affections qui, sous l'influence d'une *constitution médicale*, prennent une apparence particulière. Dans la fièvre bilieuse, la cause productrice ou déterminante, c'est l'influence palustre; la cause modificatrice réside dans la disposition bilieuse propre aux pays chauds, et que les influences météorologiques ont créée de longue main.

Voici comment il faudrait comprendre la production ou la *genèse* de la fièvre bilieuse grave : Si un étranger arrive dans un pays chaud, il peut être soumis rapidement à toutes les influences de chaleur, d'humidité, d'intoxication paludéenne, mais il n'aura pas la fièvre bilieuse. Que si, au contraire, il y a fait un long séjour, la suractivité des fonctions gastro-hépatiques s'est développée; une énergie inaccoutumée se manifeste dans l'appareil biliaire, à tel point que le foie a pu, avec juste raison, être désigné sous le nom de *poumon des pays chauds.*

Que va-t-il résulter de là ? C'est que toutes les causes morbides retentiront sur cet appareil et qu'elles y auront ou qu'elles y emprunteront leurs principales manifestations. Toutes ou presque toutes les maladies de ces climats s'accompagnent de symptômes bilieux. Ainsi la prédominance hépatique de toute la constitution, la tendance aux phénomènes bilieux, sont un effet nécessaire de l'action des pays chauds. Mais il y a indépendance complète entre ces phénomènes et les maladies paludéennes. Il ne peut y avoir association que là où les influences palustres et les causes bilieuses agissent simultanément.

Quant à la subordination de ces causes, elle est nettement appréciée par tous les auteurs; l'élément palustre prédomine et l'élément hépatique s'y adjoint secondairement pour lui imprimer seulement une forme particulière.

Nature. — La fièvre bilieuse grave appartient au groupe des fièvres maremmatiques survenant chez des individus dont les climats chauds ont développé la disposition bilieuse. Elle perd alors les caractères extérieurs les plus tranchés de ces fièvres, et les laisse dominer et masquer par des symptômes bilieux prédominants.

Maintenant peut-on dire que la fièvre bilieuse grave soit la même chose que la *grande endémique* des pays chauds? Non, assurément. La *grande endémique* n'est pas une; c'est un groupe de maladies plutôt qu'une maladie particulière. Elle se compose des hépatites, des dysenteries, des fièvres paludéennes et de la fièvre bilieuse elle-même, maladies dissemblables dans d'autres climats, mais qui, dans les contrées intertropicales, forment un faisceau morbide réuni par une disposition commune et dominante, l'apparition des symptômes bilieux. La fièvre bilieuse grave n'est donc qu'une partie, qu'un élément de la grande endémique.

§ III. — Symptômes et formes.

Nous empruntons à Dutroulau sa description succincte et très-intéressante de la fièvre bilieuse :

« Quand on examine attentivement les particularités de phénoménisation symptomatique que présente la fièvre bilieuse grave suivant le climat où on l'observe, on est conduit à lui reconnaître deux formes assez tranchées : l'une où les caractères de la pyrexie et ceux de la maladie bilieuse sont le mieux accusés et semblent le moins s'influencer les uns les autres ; l'autre où l'intensité et la concentration des phénomènes masquent jusqu'à un certain point la nature de la fièvre, et gênent plus ou moins l'explosion extérieure des symptômes bilieux. C'est à Madagascar qu'on rencontre le type le plus pur de la maladie, aux Antilles qu'elle s'éloigne le plus de ce type par la gravité et la complexité des symptômes. Nous aurons soin, tout en indiquant les particularités, d'insister sur les caractères communs qu'elle présente, à un degré différent seulement, dans tous les climats partiels.

» Un premier fait à constater, c'est que toujours il y a eu une ou plusieurs attaques, un ou plusieurs accès de fièvre paludéenne simple, avant l'invasion de la fièvre bilieuse ; puis, quand celle-ci se caractérise, c'est tantôt avec le type intermittent ou rémittent qu'elle apparaît, tantôt avec le type continu, et dans ces deux cas la succession et la physionomie de ces symptômes diffèrent.

» Dans le premier cas, qui indique toujours une moindre gravité, au début du moins, et qui s'observe plus souvent à Madagascar, mais se rencontre aussi dans les autres climats, elle est quelquefois précédée de prodromes pendant lesquels l'ictère commence déjà à se manifester ; puis vient le stade de frisson, qui ne diffère en rien du frisson ordinaire de la fièvre, et pendant lequel se montrent, avec leur caractère propre, les symptômes dont l'ensemble constitue l'état bilieux.

» L'ictère, qui est le premier de ces symptômes, ne tarde pas à se généraliser, et prend promptement une teinte foncée, qualifiée, suivant les observateurs, de jaune d'ocre, de jaune orange, de jaune safrané, de jaune à reflets rouges ; il persiste pendant les trois stades et continue après l'accès ; plus son explosion est franche et prononcée, plus le pronostic est favorable, d'après Lebeau.

» Le vomissement est aussi un des premiers symptômes de l'accès, et ne manque pas plus que l'ictère ; il se fait ordinairement sans effort et se répète à des intervalles rapprochés quelquefois de trois minutes seulement. Il est composé d'un liquide jaune au début quand il est peu abondant, mais le plus souvent vert dès le premier abord, semblable à une solution d'arséniate de cuivre, et alors d'une abondance qui peut s'élever à 2 litres pour un vomissement.

» Les selles, moins précoces et moins constantes que le vomissement, sont pourtant la règle dès ce premier stade, et présentent les mêmes caractères de couleur et de quantité que lui.

» Les urines enfin sont signalées par les divers observateurs comme ayant une couleur caractéristique, qui diffère pour tous de celle des urines ictériques ordinaires, qu'on observe assez souvent dans d'autres maladies des mêmes climats. On les compare au vin de Madère, au vin de Malaga, à l'encre ou à l'infusion de café ; on y signale enfin des proportions variables, quelquefois très-considérables, de sang. Les expériences chimiques et microscopiques de Daullé prouvent que ce n'est

pas habituellement au sang, mais seulement à la bile, qu'elles doivent leur coloration; mais les observations faites par moi et par beaucoup de médecins aux Antilles, à Mayotte et ailleurs, ne permettent pas de douter que le sang ne s'y rencontre, dans des proportions qui peuvent être très-grandes. Il faut donc admettre les urines sanglantes comme un caractère de la fièvre bilieuse grave, et je ferai remarquer que c'est dans les climats où s'observe la fièvre jaune épidémique, c'est-à-dire la fièvre hémorrhagique par excellence, que ce caractère est le plus prononcé; c'est là aussi qu'il a valu à la maladie le nom de *bilieuse hématurique*. Des sudamina, quelquefois de véritables bulles, apparaissent à la peau pendant le cours de quelques fièvres bilieuses. Les démangeaisons, communes dans l'ictère ordinaire, ne sont pas observées.

» A ces symptômes s'en ajoutent d'autres, qui se rattachent plus ou moins directement à l'état bilieux. Le malade est inquiet, agité, gardant de préférence le décubitus dorsal, les jambes écartées, mais changeant fréquemment de position et n'en trouvant pas une qui lui convienne. Les traits n'expriment pas la souffrance; mais le facies est presque cadavéreux, malgré la date récente et souvent le peu de gravité des symptômes. La respiration est saccadée, entrecoupée, profonde et suspirieuse. A part des lassitudes dans les membres, les douleurs sont peu prononcées, et les symptômes de gastricité sont à peine marqués dans ce premier stade, qui ne se prolonge pas au delà de trois ou quatre heures.

» Le stade de chaleur apparaît bientôt, et des symptômes de fièvre ordinairement intense viennent s'ajouter aux précédents. La tête est douloureuse quelquefois à un degré extrême; des douleurs aux lombes et aux membres se prononcent; la peau acquiert une grande chaleur et reste sèche; le pouls est dur, fréquent, battant de 90 à 120 pulsations. Tous les symptômes de l'état bilieux s'exaspèrent, bien que les excrétions, au lieu d'augmenter, diminuent, au contraire, de quantité; mais elles deviennent plus douloureuses, et les matières se colorent davantage. La soif se fait sentir plus vivement; la langue, d'abord blanche, se colore par la bile et devient plus sèche; l'anxiété épigastrique augmente, et les hypochondres, qui ne donnaient qu'une sensation de tension, deviennent plus sensibles; des douleurs vives peuvent s'y manifester au niveau du foie ou de la rate.

» Ce stade est ordinairement assez long; il peut durer douze, quinze et vingt heures; puis la peau s'humecte et se couvre bientôt d'une transpiration abondante qui colore les draps en jaune, d'après quelques observateurs. Tous les symptômes de la fièvre tombent; les vomissements et les selles s'arrêtent; les urines deviennent limpides, et l'ictère seul persiste.

» C'est là l'accès jaune le plus ordinaire qui présente rarement des troubles de l'intelligence, et qui est suivi habituellement d'un second accès semblable, mais rarement d'un troisième, après une apyrexie complète et courte, et plus souvent après la rémittence seulement, quand le premier accès a été intense.

» La guérison est la terminaison très-fréquente de cette forme, mais il y a des cas plus graves, où l'apyrexie, après le premier accès, n'est jamais complète. La peau redevient promptement sèche et brûlante; la prostration et l'agitation sont très-grandes; les excrétions sont moins abondantes et changent de nature; elles sont bientôt remplacées par le coma, qui alterne avec le délire, et, bien que la guérison puisse encore avoir lieu après une durée de trente à quarante-huit heures

de ces accidents, plus fréquemment cependant on les voit persister et s'aggraver encore, surtout ceux du cerveau. La langue se sèche et devient noire ; les efforts de vomissement peuvent devenir incessants et s'accompagner d'une anxiété extrême et de hoquet ; le pouls devient plus petit et plus fréquent, la peau froide et gluante, et le malade succombe du cinquième au septième jour.

» Dans la forme continue, plus particulière aux Antilles, et qui a reçu à la Pointe-à-Pître le nom de *bilieuse hématurique*, j'ai déjà dit la différence que présentent les symptômes dans leur ordre de succession et dans leur physionomie. C'est par une période de fièvre inflammatoire, s'accompagnant d'ictère, que débute la maladie ; puis surviennent les phénomènes de l'état bilieux, complets, mais moins accentués sous le rapport de la suffusion bilieuse, de la nature et de l'abondance des excrétions. La bile semble concentrer son action sur le sang, et déterminer des accidents plus graves d'hémorrhagie et d'ataxo-adynamie : on dirait d'un empoisonnement qui, au lieu de se terminer par l'élimination du poison, comme dans la forme intermittente, se manifeste par une action concentrique du principe de l'intoxication.

» Dans chacune de ces deux formes, dont les différences symptomatiques tiennent plus, je le répète, au degré de gravité et aux influences de localité qu'au type intermittent, rémittent ou continu, il est facile de reconnaître l'existence de deux éléments combinés, et de faire la part qui revient, d'un côté, à la fièvre proprement dite, et de l'autre à l'état bilieux. C'est dans la forme intermittente, à laquelle correspondent les symptômes les moins graves, mais aussi les mieux accusés, de l'état bilieux, qu'il faut voir les véritables caractères de la fièvre. Les trois stades, frisson, chaleur, sueur, suffisent déjà à la faire connaître comme fièvre paludéenne ; mais les accès simples qui la précèdent, les rechutes et les récidives qui en sont la conséquence habituelle, ne peuvent laisser aucun doute sur cette nature des symptômes.

» Tous les médecins qui ont exercé à Madagascar sont d'accord sur ce point, que les malades qui ont eu une première attaque de fièvre bilieuse sont immanquablement voués à de nouvelles attaques s'ils ne quittent pas le pays, et que souvent même, assez longtemps après l'avoir quitté, il en sont encore repris. Au Sénégal et à la Guyane les mêmes observations ont été faites. A la Guadeloupe, M. Lherminier, pendant une pratique de trente ans, s'est assuré que la fièvre bilieuse hématurique se développe d'ordinaire chez les acclimatés, à la suite de la cachexie fébrile ; qu'elle est sujette à plusieurs retours, et ne se termine par la mort qu'après trois et cinq attaques, rarement et peut-être jamais, à sa connaissance, après une seule et unique invasion (1). Enfin j'ai eu personnellement occasion d'observer des cas de véritable cachexie bilieuse chez des sujets soumis depuis longtemps à des rechutes de fièvre bilieuse, et conservant, dans l'intervalle des attaques, l'ictère, des mouvements fébriles irréguliers, une douleur sourde dans l'hypochondre droit, avec augmentation de volume du foie, accumulation de sérosité dans le péritoine et chloro-anémie caractéristique de la cachexie paludéenne.

» Quant à l'état bilieux, il est on ne peut mieux caractérisé quand la continuité et

(1) Lherminier, lettre à l'auteur.

l'intensité de la fièvre n'en gênent pas l'explosion. Il se manifeste dès le début de l'accès, et sans symptômes de gastricité préalables, par l'ictère et par les excrétions caractéristiques, vomissements, selles et urines : c'est une véritable polycholie, à laquelle se rattachent, bien plus qu'à la fièvre elle-même, qui n'est encore qu'à son début, l'apathie, la fatigue, l'espèce de stupeur avec décubitus dorsal et la gêne de la respiration. Quand plus tard, ou dans les accès plus graves, apparaissent les douleurs, l'agitation, le coma et le délire, c'est encore à l'état bilieux qu'il faut les rapporter. Enfin, dans la bilieuse hématurique, l'appareil inflammatoire du début, l'élément hémorrhagique plus prononcé et les accidents ataxo-adynamiques plus graves, en même temps qu'ils indiquent une intensité plus grande de la fièvre, dénotent aussi une action altérante directe de la bile sur le sang. Monneret fait dépendre d'un changement survenu dans la composition chimique du sang, par défaut de dépuration, les hémorrhagies qui accompagnent souvent les troubles de fonction et de contexture du foie.

» Cette analyse des éléments me semble nécessaire pour expliquer tous les phénomènes de la maladie qui nous occupe (1). »

§ IV. — Marche, durée, terminaison, récidives, époques d'apparition.

Les auteurs qui ont écrit sur la fièvre bilieuse ne nous ont donné aucun renseignement sur ces divers points. Tout ce que l'on peut conclure de quelques phrases fort vagues, c'est que la fièvre bilieuse est une maladie assez rare ; qu'elle est sujette à récidive, comme les fièvres intermittentes ; qu'elle est suivie, comme ces dernières, d'engorgement du foie et de la rate, et de phénomènes de cachexie analogues à ceux des fièvres paludéennes ; enfin qu'elle attaque, non les étrangers, mais les acclimatés (*fièvre jaune des acclimatés*), ce qui, en d'autres termes, revient à dire qu'elle ne peut se développer que chez les sujets dont les climats chauds ont éveillé la prédominance hépatique.

§ V. — Anatomie pathologique.

Il peut paraître singulier que l'anatomie pathologique de cette affection soit fort mal connue. Cette absence de documents exacts tient d'abord à ce que les médecins anglais, qui ont plus que tous les autres les occasions de procéder à des recherches minutieuses, n'apportent pas dans leurs investigations toute la rigueur désirable, et ensuite à ce que la fièvre bilieuse présente des formes diverses dans les diverses stations où l'on peut l'étudier. Or, si l'on connaît assez bien ses caractères anatomiques en Égypte, il serait téméraire de conclure qu'ils sont exactement semblables dans l'Inde, aux Antilles, etc.

Le caractère anatomique le mieux accusé du côté des centres nerveux est la coloration jaune de la pulpe cérébrale et de ses enveloppes. Cette altération se montre aussi bien dans la fièvre hématurique des Antilles que dans toutes les autres formes de fièvre bilieuse. Dans le cas où il y a eu des symptômes cérébraux graves, on trouve l'engorgement des sinus, l'opacité de l'arachnoïde, un état de turges-

(1) Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*. Paris, 1861, p. 263.

nce des vaisseaux de la pie-mère, et enfin un piqueté rouge de la substance ébrale.

L'absence de lésions pulmonaires distingue cette maladie de la fièvre typhoïde et la fièvre jaune. Rien du côté du cœur, si ce n'est la coloration jaune des tendons des valvules.

L'estomac présente un peu de ramollissement de sa muqueuse, des zones de loration rouge vers la petite courbure; il contient un liquide visqueux semblable celui des vomissements et quelques gaz. On a trouvé quelquefois dans le duodém une coloration noirâtre, simulant la gangrène et produite par une hémorrhagie tre les tuniques de l'organe. L'examen de cet organe est généralement négligé, cependant il serait important de le faire avec soin, en raison des connexions du odénum avec l'appareil hépatique. L'intestin grêle et le gros intestin ne présent que des colorations anormales; mais on ne trouve pas de lésion des plaques de yer et des follicules de Brunner. Il paraît que l'attention n'a pas été fixée sur tat des ganglions mésentériques.

La rate présente une lésion qui rappelle les fièvres paludéennes; en effet, elle tuméfiée et ramollie avec coloration brune ou noire.

« Viennent maintenant les lésions qui se rapportent plus particulièrement à l'état ieux. Le foie est toujours altéré dans sa couleur, son volume et sa consistance. n'est pas la couleur bronzée que Stewardson regarde comme caractéristique de fièvre rémittente, c'est une teinte jaune ou brune à reflets jaunes, avec engorment de bile ou de sang à reflets bilieux; ce n'est pas, par conséquent, la couur anémique, l'hypertrophie partielle, la consistance sèche et cassante signalée Louis, et constatée par moi, ainsi que par beaucoup d'autres observateurs, mme à peu près constante dans la fièvre jaune. Pourtant, dans la fièvre bilieuse Caire, Griesinger (1) a constaté, par l'examen microscopique, la présence d'une ande quantité de graisse à l'état libre ou dans les vésicules, coïncidant avec l'imbition bilieuse ou la flaccidité du foie; et l'on sait que les observations faites à sbonne en 1857 ont fait voir que c'est la dégénérescence graisseuse qui est le ractère histologique des lésions du foie dans la fièvre jaune. La vésicule et les nduits biliaires sont remplis de bile verte, épaisse, au dire de tous; leur muqueuse enflammée, au dire de Lebeau; mais ce caractère, très-important aussi, a été gligé par la plupart des observateurs. Le caractère bilieux le plus constant, c'est teinte ictérique de l'enveloppe cutanée et de tous les tissus blancs, la suffusion ieuse de tous les solides et de tous les liquides. Tout mal déterminés que soient caractères dans leur essence, il faut bien le reconnaître, ils suffisent cependant ur imprimer à la maladie son cachet distinctif (2). »

Bien que la maladie ait reçu dans certaines régions (Antilles), l'épithète d'*hémaique*, on ne saurait affirmer l'existence d'une *hématurie* véritable; en effet, ns les autopsies, on n'a signalé que très-vaguement des hémorrhagies urinaires, ypérémie des reins et des plaques ecchymotiques dans la vessie.

Ces caractères, assez vagues au point de vue de l'anatomie pathologique, suffint cependant pour séparer la fièvre bilieuse de l'hépatite, de la dysenterie, de la vre jaune et de quelques autres maladies à caractère bilieux des pays chauds.

(1) Griesinger, *Maladies d'Egypte*. Stuttgard, 1853 (trad. manuscrite du docteur Charcot).
(2) Dutroulau, *Traité des maladies des Européens dans les pays chauds*.

§ VI. — Diagnostic.

Nous avons déjà dit que la fièvre bilieuse n'était qu'une des formes de la *grande endémique* des climats intertropicaux, et que, par conséquent, lui donner ce dernier nom c'était rester dans le vague, sans indiquer précisément la nature et l'espèce de la maladie. Ainsi donc, quand on rencontrera dans les auteurs des cas désignés sous le nom de *grande endémique*, on ne devra pas les rapporter plutôt à la fièvre bilieuse qu'à l'hépatite, à la dysenterie, aux fièvres paludéennes graves.

L'*hépatite* proprement dite doit être distinguée de la fièvre bilieuse, car elle ne reconnaît pas pour origine une cause paludéenne et résulte seulement des conditions climatériques qui exagèrent les fonctions hépatiques. « Il sera toujours facile, dit Dutroulau, de distinguer les symptômes très-tranchés qui se localisent dans l'hypochondre droit, quand il y a hépatite et surtout abcès, du simple trouble fonctionnel, caractérisé par l'abondance des excrétions bilieuses, qui constitue l'appareil de symptômes le plus apparent de notre fièvre. L'accès fébrile qui accompagne souvent le début de la phlegmasie hépatique n'a de commun avec l'accès jaune de la fièvre bilieuse que les trois stades; l'ictère qui s'observe dans les deux maladies n'est ni aussi marqué ni aussi précoce dans la première que dans la seconde. »

L'*ictère grave* des pays tempérés ressemble à la fièvre bilieuse, et il ne lui manque « que la combinaison d'une fièvre endémique de la nature de celle qui existe sous les tropiques pour devenir fièvre bilieuse grave; l'absence des symptômes qui manquent à chacune de ces maladies isolées, mais qui peuvent naître de leur combinaison, ne répugne pas à cette supposition. » Mais il faut ajouter que l'*ictère grave* proprement dit n'a pas encore été observé dans les pays chauds.

La *dysenterie* peut s'accompagner de symptômes bilieux et même d'accidents intermittents, mais ce n'est pas pour cela la fièvre bilieuse. L'absence des vomissements, le ténesme rectal et vésical, la dysurie et l'anurie, la nature des évacuations alvines, enfin les lésions du gros intestin en font une maladie particulière et facile à distinguer.

Dans tous les climats, et principalement sous les tropiques, la *fièvre simple* et la *fièvre paludéenne* peuvent s'accompagner de symptômes d'embarras gastrique et d'état bilieux. Mais ce qui distingue surtout ces maladies de la fièvre bilieuse, c'est le peu de gravité et le peu de durée de ces accidents, et leur apparition éphémère dans le cours de la maladie.

La *fièvre jaune* est considérée par quelques médecins comme l'exagération de la fièvre bilieuse. Cette assertion est inexacte, car il y a des degrés légers de fièvre jaune, et même en temps d'épidémie ce sont les plus communs; or, aucun de ces cas légers ne présente la moindre ressemblance avec la fièvre bilieuse. On doit noter comme caractère distinctif important dans la fièvre jaune au début, la vultuosité de la face qui lui vaudrait plutôt le nom de *fièvre rouge;* tandis que, au début également, on voit se manifester dans la fièvre bilieuse une teinte ictérique prononcée, qui lui a valu le nom d'*accès jaunes*. Cependant on ne peut pas nier, d'après les descriptions des auteurs, qu'il n'y ait, sinon des points de contact, du moins des ressemblances entre les deux maladies, telles que les vomissements, les troubles de l'intelligence, les hémorrhagies. Mais s'il est une circonstance qui sépare ces deux maladies, c'est celle de la topographie. On peut l'indiquer en quelques

nts : La fièvre bilieuse reconnaît pour cause le foyer palustre, disséminé sur tous points de la zone torride; la fièvre jaune, le foyer maritime, renfermé dans une conscription assez restreinte de cette zone. Il faut ajouter enfin, avec Dutrou- : « L'accès multiple à trois stades, le type intermittent, la récidivité et la cachexie nt les caractères des formes les plus tranchées de la fièvre bilieuse; l'attaque ique à une ou deux périodes, le type continu, la marche aiguë, la mort prompte la guérison sans récidive et sans cachexie, constituent le cachet invariable de la vre jaune. »

Nous ne possédons aucun document statistique propre à nous éclairer sur la ortalité de la fièvre bilieuse, et par conséquent les *caractères pronostiques* nous nquent.

§ VII. — Traitement.

« Les indications du traitement ressortent tout naturellement de la nature que us avons admise par l'analyse des lésions anatomiques, des symptômes et de iologie. Le trouble de sécrétion du foie appelle les évacuants; le type de la rre réclame le spécifique antipaludéen; les localisations diverses doivent être atta- ées individuellement. Ce n'est pas cependant toujours avec facilité et dans le même dre que les agents du traitement peuvent être appliqués, bien que les indications angent peu; le médecin doit s'attacher à reconnaître quel est l'élément morbide i prédomine et s'attaquer d'abord à lui.

» Dans la forme type, dans l'accès jaune, ce qui frappe tout d'abord, c'est la cessité de modifier le dérangement que subit la sécrétion biliaire et qui produit abondantes excrétions bilieuses. L'absence d'excitation vasculaire dans les anes, le peu de gravité des réactions fébriles, au début de la plupart de ces cas, peuvent laisser aucun doute sur l'utilité et même l'urgence du traitement éva- nt. L'ipéca et l'émétique vomitifs, les sels neutres purgatifs, par haut, ou bien bas s'ils sont rejetés par le vomissement, ont un effet presque constant et tou- rs sûr, quand ils ont le temps d'agir. M. Gélineau nous a fait assister aux bons ts de l'ipéca, particulièrement dans de semblables circonstances : la bile verte vomissements et des selles devient d'abord moins abondante, prend un couleur nâtre, et ne tarde pas à se supprimer; les urines bilieuses ou sanglantes se difient très-rapidement, et, d'une émission à l'autre, deviennent limpides et ins abondantes. Les limonades citronées ou sulfuriques froides, à la glace même, ent à cette modification, et il est prudent de ne pas les négliger, car elles ressent au principe hémorrhagique qui fait souvent partie des phénoménisa- s morbides. Quant au calomel, qui possède l'avantage d'une facile adminis- ion, il est employé fréquemment aussi dans nos colonies; mais on n'en fait comme dans les colonies anglaises, une sorte de panacée, un spécifique des adies biliaires.

Les évacuants ne produisent pas toujours leurs effets; les vomissements et les es sont quelquefois tellement répétés, qu'ils sont rejetés aussitôt qu'ingérés. st alors sur la surface cutanée qu'il faut agir, pour ralentir les excrétions et ner le temps aux médicaments d'agir. Des compresses trempées dans l'eau de, à la glace, si c'est possible, et appliquées en demi-ceinture sur l'épigastre es hypochondres, pendant que des sinapismes sont promenés sur les membres

inférieurs, atteignent ordinairement ce but; si cela ne suffisait pas, un large vésicatoire volant recouvrant l'épigastre et l'hypochondre gauche, aurait une efficacité plus sûre. L'usage très-fréquent que j'ai fait pendant longtemps de ce moyen contre les vomissements quelquefois opiniâtres de fièvres de toutes sortes, sous les tropiques, m'a toujours donné les mêmes résultats : modification notable de fréquence, quelquefois suppression prompte et définitive. Un des médecins de Madagascar, M. Guillasse, à qui nous avons emprunté des observations, après avoir constaté l'inutilité de tout autre moyen dans certains cas, rapporte des faits où le vésicatoire sur la région gastro-hépatique a suffi seul pour couper la fièvre bilieuse. Quand ce n'est pas seulement la polycholie qui existe au début, soit que déjà des symptômes de lésions vasculaires se manifestent, soit que la fièvre à type continu présente d'abord la forme inflammatoire, ce n'est pas par les évacuants que doit commencer le traitement : aussi voyons-nous M. Lebeau, qui a constaté à l'autopsie l'inflammation de la muqueuse gastro-duodénale et de celle des conduits biliaires, débuter, dans le paroxysme, par l'application sur l'épigastre et l'hypochondre de nombreuses sangsues et de cataplasmes émollients. Aux Antilles, c'est par les sangsues à la tête, les pédiluves irritants et les sudorifiques, qu'on commence; mais les déplétions sanguines ne doivent pas se faire par la veine, il ne faut pas perdre de vue la nature paludéenne de la fièvre et se rappeler les dangers de la saignée dans presque toutes les formes de cette fièvre. Dans tous les cas, après avoir conjuré les symptômes inflammatoires, c'est au traitement évacuant qu'il faut en venir.

» Nous venons de tracer le traitement du paroxysme bilieux; reste celui de la fièvre, dont nous connaissons la nature, et par conséquent le spécifique. C'est là un principe qu'il ne faut pas oublier; les symptômes du paroxysme ne constituent pas toute la maladie, et les moyens qui se montrent les plus efficaces pour les combattre ne suffisent pas pour obtenir la guérison radicale de la fièvre. Seulement il faut s'attendre, par suite de la disposition particulière aux évacuations par les vomissements et les selles répétés, à ce que le sulfate de quinine ne soit pas toujours bien toléré. En profitant des moments d'intermittence ou de rémittence, quelques gouttes de laudanum ajoutées à la solution de sulfate de quinine, et la voie du rectum employée au besoin, suffisent presque toujours à obtenir la tolérance, et permettent d'administrer au moins 2 grammes du spécifique entre les accès. Quand la fièvre est continue, la difficulté est plus grande; mais elle ne doit pas faire renoncer entièrement à l'administration du médicament, que je regarde, pour mon compte, comme très-importante. Il faut alors profiter de tous les moments de repos que laissent des évacuations morbides. Je suis convaincu que c'est au défaut d'attention ou de persistance qu'il faut attribuer l'insuccès prétendu de ce médicament, et la conclusion qu'on en a tirée de la nature non paludéenne de la fièvre bilieuse.

» Je m'empresse de dire cependant que l'expérience m'a appris, comme à la plupart des médecins qui pratiquent depuis longtemps dans les climats palustres de la zone torride, que la fièvre bilieuse est peut-être, de toutes les formes de fièvre grave, celle où le sulfate de quinine doit être le moins longtemps administré; deux ou trois jours de traitement et 4 à 6 grammes du médicament en tout m'ont toujours paru suffisants pour conjurer les dangers de la complication paludéenne. Continué plus longtemps, le traitement quinique peut constituer un danger, et l'on

est pas éloigné, à la Pointe-à-Pître, d'attribuer à l'abus qu'on en faisait autre-s; les accidents hémorrhagiques, qui était bien plus fréquents alors qu'aujour-ui. Je me plais à citer, à l'appui de cette opinion, l'autorité de M. Lherminier, i a remarqué que dans le temps où l'on bourrait littéralement les malades de inine, ils ne s'en trouvaient pas mieux, et que les fièvres qui résistaient à cette édication cèdent aujourd'hui aux purgatifs. M. Laure, à Cayenne, dit aussi que sulfate de quinine ne convient plus à une époque avancée, et il emploie les pur-ifs. De mon côté, j'ai toujours opposé les sels neutres et le calomel aux phéno-nes bilieux persistants. Les accidents typhoïdes qui terminent quelquefois la vre bilieuse continue ou devenue continue doivent être combattus par des oyens appropriés, qui n'emprantent rien de particulier à la nature de la maladie; uand il ne reste plus qu'un mouvement fébrile avec sécheresse de la peau, comme la arrive quelquefois, l'ammoniaque liquide ou le sous-acétate en potion constitue excellent remède. »]

LIVRE DEUXIÈME

MALADIES GÉNÉRALES ET CONSTITUTIONNELLES.

Sous cette dénomination, nous décrirons : le *rhumatisme articulaire aigu*, le *rhumatisme articulaire chronique*, le *rhumatisme musculaire*, la *goutte*, la *scrofule*, la *syphilis*, le *cancer*, la *mélanose*, le *tubercule*, la *pléthore*, l'*anémie*, la *chlorose*, la *leucocythémie*, le *scorbut*, la *diphthérie*, le *rachitisme*, l'*ostéomalacie*, la *glycosurie*, l'*hippurie*, la *maladie d'Addison*.

CONSIDÉRATIONS PRÉLIMINAIRES SUR LE RHUMATISME EN GÉNÉRAL.

[Le mot *rhumatisme*, vague par lui-même, et pour ce motif excellent, s'applique à des affections d'apparences diverses. Les unes sont chroniques, apyrétiques ; les autres sont aiguës, fébriles ; mais elles se traduisent toutes par des douleurs dans les muscles ou dans les articulations : ici avec tuméfaction, rougeur, épanchement de liquide ; là sans gonflement ; dans tous les cas, la mobilité, la facilité de leur déplacement est extrême ; il n'y a nulle tendance à la suppuration : la guérison *spontanée* est la règle ; la tendance à la récidive, extrême ; l'influence héréditaire est marquée ; enfin, il y a, dans les cas les plus aigus, disposition à l'envahissement des séreuses profondes (méninges, péricarde, plèvre, péritoine), et ces localisations sont plus graves ou plus persistantes que celles des organes extérieurs. L'augmentation de la plasticité du sang, la fièvre inflammatoire, la résolution rapide de ces affections, leur tendance à se reproduire sous l'influence du *froid*, sont encore d'autres caractères qui signalent leur origine et leur nature.

Cet ensemble de caractères a autorisé, avec juste raison, les auteurs à faire un groupe pathologique naturel du rhumatisme articulaire aigu, du rhumatisme articulaire chronique, et de celui des muscles et des parties fibreuses. Pour faire une description complète, nous devrions y joindre les rhumatismes viscéraux, comme ceux du cœur, des méninges, de l'estomac, de l'utérus ; mais cette étude nous entraînerait trop loin ; et d'ailleurs on trouvera des détails suffisants sur ces différents sujets, dans les maladies de chacun de ces organes en particulier.

Nous décrirons successivement le *rhumatisme articulaire aigu*, le *rhumatisme articulaire chronique*, le *rhumatisme musculaire*, et nous dirons quelques mots des affections que l'on qualifie de rhumatismales, comme le rhumatisme de différents viscères (utérus, estomac, cœur).]

ARTICLE PREMIER.

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.

Cette maladie a été connue dès une haute antiquité, puisque Arétée en fait mention d'une manière très-positive. Néanmoins c'est à Sydenham (1) qu'on rapporte la première description qui ait une importance majeure. Après lui, on a cité principa-

(1) Sydenham, *Opera omnia medica*.

ment Van Swieten, Stoll, Barthez, Scudamore. Les auteurs du *Compendium de* *édecine pratique* ont, avec raison, placé au premier rang des auteurs qui, avant es derniers temps, ont tracé l'histoire du rhumatisme, Cullen qui en a donné une escription complète. Citons la thèse de Chomel (1) et le traité du rhumatisme e Requin (2), composé d'après les leçons de Chomel et sur de nouvelles observaions, enfin les publications de Bouillaud (3).

[Dans ces dernières années, plusieurs ouvrages importants ont été publiés sur le humatisme ; nous signalerons spécialement une thèse pour le professorat de Monneret (4), une autre de P. E. Chauffard (5) (ces deux ouvrages établissent le arallèle de la goutte et du rhumatisme, et concluent l'un et l'autre à la distinction bsolue de ces deux maladies), un très-remarquable article de Trousseau et Pidoux (6), relatif à la nature et au traitement du rhumatisme, enfin un mémoire le Pidoux (7), lu à la Société d'hydrologie, et les leçons que Trousseau a consacrées au rhumatisme articulaire dans la deuxième édition de sa *Clinique* (8).]

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

D'après certains auteurs, il suffirait de dire que le rhumatisme articulaire aigu est une inflammation aiguë des articulations, pour en donner une définition exacte. Mais l'inflammation n'est pas connue dans son essence ; le mot *inflammation* n'est qu'une dénomination commune appliquée à un certain nombre d'états pathologiques ayant entre eux une grande ressemblance. Or, on a groupé les affections suivant les rapports plus ou moins nombreux qu'elles ont entre elles, laissant de côté des dissemblances dont la pathologie spéciale doit tenir compte. Si ces dissemblances deviennent considérables, si elles portent sur des caractères tranchés, qui donnent à certaines affections une physionomie toute particulière, il faut assigner à celles-ci une place à part dans le cadre nosologique. C'est précisément ce qui a lieu pour le rhumatisme articulaire : qu'on l'appelle, si l'on veut, une inflammation spéciale, on ne peut s'y opposer, parce que le mot *spécial* peut comprendre des dissemblances profondes ; mais dire que c'est une phlegmasie comme la pneumonie, la pleurésie, cela est inadmissible. Pour indiquer à la fois les caractères qui le rapprochent des inflammations ordinaires, et ceux qui l'en éloignent, nous le définirons ainsi :

Le rhumatisme articulaire aigu est une maladie des articulations caractérisée par la rougeur, la chaleur, la tuméfaction des parties, la fièvre, l'augmentation de la fibrine du sang, phénomènes qui le rapprochent des inflammations ordinaires, et, en outre, par la mobilité des symptômes locaux, par la rapidité avec laquelle les parties reprennent leurs fonctions, à moins que l'affection ne passe à l'état chronique, par la non-existence de la suppuration dans les articulations malades, et par l'intensité relativement moindre du mouvement fébrile.

(1) Chomel, *Essai sur le rhumatisme*. Thèse, Paris, 1813, reproduite dans l'ouvrage de Requin.
(2) Requin, *Leçons de clinique médicale* (*Rhumatisme et goutte*). Paris, 1837.
(3) Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire et de la loi de coïncidence des inflammations du cœur avec cette maladie*. Paris, 1840, in-8.
(4) Monneret, thèse de concours pour le professorat, 1851.
(5) Chauffard, thèse d'agrégation, 1857.
(6) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, 6e édit., t. I, p. 539.
(7) Pidoux, *Qu'est-ce que le rhumatisme?* (*Union médicale*, 1861, t. IX et X).
(8) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., t. III, p. 382.

Cette maladie a été aussi décrite sous les noms de *fièvre rhumatique*, d'*arthrite*, d'*arthritis*, d'*arthrite rhumatismale*, d'*arthrodynie*, de *douleurs rhumatiques* ou *rhumatismales*.

La fréquence du rhumatisme articulaire est grande.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.* — *Age.* — Il est rare que cette affection se montre avant l'âge de douze à quatorze ans. Rilliet et Barthez (1) n'ont jamais observé le rhumatisme articulaire avant l'âge de sept ans. C'est de quinze à trente ans que la fréquence de la maladie est la plus grande, ou plutôt que la maladie se montre le plus souvent pour la première fois, ce qui est, en effet, le point important à étudier ici. Vient ensuite la période de trente à quarante-cinq ans; puis, à mesure qu'on avance en âge, on devient de moins en moins exposé à éprouver une première attaque de rhumatisme. Ce résultat, obtenu par Chomel et Requin, de l'analyse de 73 cas, aurait une valeur plus grande, ainsi que ceux que nous consignerons tout à l'heure, si la goutte et le rhumatisme avaient été étudiés séparément.

Sexe. — Nous ne possédons pas, relativement à l'influence du sexe, des statistiques semblables à celles que les auteurs nous ont données sur l'influence de l'âge. Lyon (2) a trouvé que le rhumatisme est plus commun chez les hommes, et que la proportion est :: 10 : 7. Cette proportion ne s'accorde pas parfaitement avec l'opinion des auteurs qui avancent que le rhumatisme articulaire est *beaucoup* plus fréquent chez l'homme que chez la femme, car évidemment on la supposait plus forte.

Nous n'avons rien de bien positif à dire sur l'influence de la *constitution* et du *tempérament*. [Il n'est pas rare d'observer le rhumatisme articulaire aigu chez des individus sanguins et robustes; cependant les tempéraments qu'on rencontre le plus ordinairement sont le lymphatico-sanguin et le nerveux.]

Saisons. — Lyon (3) ayant rassemblé des cas de rhumatisme, au nombre de 291 sur 3561 sujets affectés de maladies de toute espèce qui ont été observés à l'infirmerie royale de Manchester pendant une période de dix ans, a trouvé que le maximum de fréquence de cette maladie s'est montré en avril et en mai (10 et 12 pour 100), et le minimum en août et en septembre (4 et un peu plus de 5 pour 100). Ces recherches s'accordent avec l'opinion générale, qui place la plus grande fréquence du rhumatisme articulaire aigu dans les saisons froides et humides, et la moins grande dans les saisons chaudes. Les mêmes remarques s'appliquent à l'influence des climats.

Hygiène. — On a dit que le rhumatisme articulaire se montre particulièrement chez ceux qui ont une *nourriture fortement animalisée*, qui boivent beaucoup de *liqueurs alcooliques;* qui font des *excès de table*, des *excès vénériens* et de toute espèce; qui mènent une *vie sédentaire*, etc.

Hérédité. — Tout le monde admet l'influence de l'hérédité sur la production du rhumatisme articulaire aigu. [Cette influence se rencontre chez la plupart des

(1) Barthez, *Traité des maladies des enfants*, t. I, p. 696.
(2) Lyon, *London med.-chir. Review*, juillet 1841.
(3) *Ibid.*

rhumatisants; on pourrait presque dire que son absence est exceptionnelle.]

[*Maladies antérieures.* — Une première atteinte de rhumatisme constitue une prédisposition puissante au développement ultérieur de la même maladie. Il est rare, en effet, qu'un individu ne soit atteint qu'une seule fois dans sa vie de rhumatisme articulaire; et l'intervention de la cause la plus légère suffit pour en amener le retour chez celui qui en a déjà souffert plusieurs fois, comme si la susceptibilité morbide tendait à s'accroître à mesure que les attaques de rhumatisme se sont répétées davantage.]

2° *Causes occasionnelles.* — Celle à laquelle on a fait jouer le plus grand rôle est l'*action du froid* sur le corps en sueur, un refroidissement brusque, quel qu'il soit. Sydenham, Stoll, Boerhaave, ont regardé cette cause comme très-puissante, et Bouillaud a particulièrement insisté sur cette influence à laquelle il accorde une grande importance, et qu'il regarde même comme la seule cause réelle. Lorsqu'on étudie attentivement les faits, et lorsqu'on ne se contente pas des premières assertions des malades, on voit que les doutes sont bien permis. Sur 52 malades affectés de rhumatisme articulaire aigu, Bouillaud en a trouvé 38 qui, selon lui, devaient leur maladie à l'action brusque du froid, et surtout du froid humide, et en outre il ajoute que, sur 38 sujets, 25 exerçaient des professions qui les exposaient à de fréquentes alternatives de chaud et de froid. Relativement à ces derniers faits, nous ferons d'abord observer qu'ils ne fournissent pas une preuve très-convaincante, attendu qu'ils ont été recueillis dans les hôpitaux, où, comme chacun sait, la grande majorité de ceux qui sont admis se trouve dans de semblables conditions. La proportion des cas dans lesquels on peut attribuer l'affection à un refroidissement subit est minime, selon l'observation de Chomel, Grisolle et la nôtre.

Chomel et Requin pensent que l'*action prolongée du froid* est plutôt la véritable cause du rhumatisme articulaire aigu; c'est ce qui nous porte à admettre l'influence bien démontrée des saisons et des climats.

On a regardé comme une cause de rhumatisme articulaire aigu la *suppression de divers flux*, et surtout la *suppression du flux menstruel*, et du *flux hémorrhoïdal;* on n'a constaté ces causes que dans des cas bien peu nombreux.

Faut-il regarder comme un rhumatisme articulaire aigu les douleurs des articulations qu'on observe chez un certain nombre de *femmes en couches?* les femmes, dans ces conditions, peuvent être prises d'un rhumatisme articulaire, comme elles le seraient dans toute autre circonstance; mais rien ne prouve, d'une part, que l'état puerpéral les expose particulièrement à contracter cette affection; et, d'autre part, que par cela seul que le rhumatisme s'est développé chez une femme en couches, il doive présenter des caractères particuliers. D'un autre côté, il est bien démontré que, dans nombre de cas où l'on a décrit un rhumatisme articulaire aigu chez les femmes en couches, on avait affaire à une affection différente, et qu'il s'agissait de l'inflammation des articulations, de l'*arthrite puerpérale*, qui diffère beaucoup du rhumatisme, comme nous le verrons plus loin; car nous reviendrons sur ce point important à l'occasion du diagnostic.

A la suite de la *suppression brusque d'une blennorrhagie*, on a vu une ou deux articulations se prendre, et quelques auteurs ont trouvé dans cette affection articulaire un rhumatisme.

On a vu quelquefois des douleurs articulaires se développer, soit dans le cours,

soit plus particulièrement au déclin de la *scarlatine*. Pidoux (1) a constaté six fois le fait dans huit cas où l'éruption scarlatineuse n'avait pas été prononcée. Murray (2) a observé des cas semblables. Grisolle en a rapporté deux très-remarquables, et récemment chez une petite fille de neuf ans et demi, nous avons vu, au moment où l'exfoliation commençait, les articulations des pieds et les poignets présenter la douleur, la rougeur, le gonflement qui caractérisent le rhumatisme articulaire aigu, et la fièvre reprendre un peu d'intensité. Y a-t-il, dans les cas de ce genre, un véritable rhumatisme articulaire aigu? Rien ne porte à penser le contraire, car l'affection a toujours suivi la marche du rhumatisme, et en a présenté tous les phénomènes. Un seul fait nous a frappé dans les observations dont nous avons pu prendre connaissance : c'est que, dans les cas dont il s'agit, on ne voit pas une aussi grande mobilité de la maladie, et surtout des retours aussi fréquents des douleurs articulaires. Ainsi, une fois la douleur disparue dans une articulation, elle ne s'y reproduit plus comme dans le rhumatisme aigu ordinaire.

[Le rhumatisme qui survient dans le décours de la scarlatine présente encore ceci de particulier qu'il reste ordinairement limité à un petit nombre de jointures, et qu'il a pour lieu d'élection les poignets et les mains; en outre, les phénomènes généraux y sont beaucoup moins marqués que dans le rhumatisme aigu ordinaire. Ces caractères tendraient à faire considérer plutôt cette maladie comme une arthrite. Mais si l'on observe, d'autre part, que l'on a vu fréquemment survenir, en même temps que les douleurs articulaires, des péricardites, des endocardites et même des chorées, ainsi que Trousseau dit l'avoir observé plusieurs fois (3); si l'on tient compte, disons-nous, de ces importantes coïncidences, on sera tenté de rattacher tous ces accidents au rhumatisme aigu, et de voir dans la scarlatine une cause importante de cette maladie.]

§ III. — Symptômes.

Début. — Le début de cette affection a lieu, comme celui de beaucoup d'autres maladies aiguës, de trois manières différentes. Quelquefois un mouvement fébrile marqué (malaise, frissons, chaleur, courbature, etc.) existe, pendant un espace de temps assez considérable (jusqu'à quinze, vingt-quatre heures et plus), avant que les phénomènes locaux se manifestent. Ce sont surtout ces cas que quelques auteu ont eus en vue quand ils ont donné à la maladie le nom de *fièvre rhumatismale*. Plus fréquemment, les symptômes généraux se manifestent à très-peu près en même temps que les symptômes locaux; enfin on voit, dans un certain nombre de cas, des douleurs plus ou moins vives exister pendant un ou plusieurs jours et finir par présenter tous les caractères du rhumatisme articulaire, avant que le mouvement fébrile se soit déclaré.

Symptômes de la maladie confirmée. — *Symptômes locaux.* — Le symptôme le plus constant est la *douleur*. Elle est très-variable, mais en général vive, quel que soit d'ailleurs le degré du rhumatisme considéré d'une manière générale. En effet, on voit tous les jours une, deux ou trois articulations prises chez un sujet, au point que la douleur les rend immobiles, sans que pour cela l'affection soit très-violente.

(1) Pidoux, *Journal des connaiss. méd.-chir.*, 3e année, p. 27.
(2) Murray, *Med.-chir. Journal*, t. XXXIII. Edinburgh.
(3) Trousseau, *Clinique méd. de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., t. I, p. 106.

La douleur, dans les cas les plus ordinaires, est d'abord peu intense; parfois elle ne consiste que dans un sentiment de tension et de gêne, et, ainsi que le fait remarquer Requin, le premier signe qu'en donne le malade, c'est de se frotter instinctivement les articulations affectées. Au bout d'un temps ordinairement assez court, la douleur augmente notablement et présente les caractères suivants :

Lorsque le membre est dans le repos, la douleur est assez supportable; cependant quand l'affection est très-intense, on note l'existence d'élancements douloureux qui traversent l'articulation, ou de déchirements dont les malades se plaignent vivement. La *pression* exercée sur la partie malade réveille ordinairement la douleur, surtout dans certains points : c'est ainsi que, dans le rhumatisme du genou, la pression exercée au-dessous du condyle interne du fémur et sous le jarret, est ordinairement plus douloureuse que partout ailleurs.

Mais il n'y a aucune comparaison à établir entre la douleur provoquée par la pression et celle que détermine un *mouvement imprimé à l'articulation*. Pour peu que la maladie ait de l'intensité, cette douleur est tout à fait insupportable. Ainsi les malades ne peuvent ordinairement, au plus fort de la maladie, faire aucun mouvement dans leur lit, et ils poussent des cris dès qu'on veut les changer de position. Souvent la position qu'ils ont prise, et qui d'abord les a soulagés, finissant par être incommode, il y a un mouvement à peu près involontaire pour en changer, et aussitôt les souffrances deviennent intolérables. Le meilleur moyen de s'assurer du degré de douleur est d'imprimer aux membres de légers mouvements; le praticien doit procéder à cet examen avec les plus grands ménagements, de crainte de produire de trop vives souffrances.

La *rougeur de la peau* se montre ordinairement sur les articulations malades; mais ce phénomène n'est pas constant. C'est surtout sur les articulations superficielles qu'on le remarque : ainsi aux articulations fémoro-tibiales, tibio-tarsiennes, radio-carpiennes. Dans les articulations couvertes d'une grande épaisseur de parties molles (les articulations coxo-fémorales et scapulo-humérales), on n'observe aucun changement à la peau.

La rougeur n'est pas vive : c'est une coloration rose un peu foncée, diffuse, sans limites précises (*roséole rhumatismale*, Bouillaud). Dans certains cas, cette coloration n'existe pas, même lorsque ce sont les articulations superficielles qui sont affectées; toutefois il faut, ainsi que le recommande Requin, avoir égard au phénomène suivant : « La peau, sous la pression du doigt, paraît, dit-il, bien plus blanche sur une partie affectée de rhumatisme que sur une partie saine. » Cela annonce un peu d'injection, qui ne donne à la peau qu'une nuance difficile à saisir, mais réelle.

Le *gonflement* est, comme la rougeur, d'autant plus évident que l'articulation est revêtue d'une plus petite épaisseur de parties molles : c'est ainsi qu'il est surtout remarquable aux articulations des doigts, des orteils, du poignet, du genou, du coude. A la hanche et aux épaules, on n'aperçoit pas, au contraire, de tuméfaction marquée : c'est une particularité que nous rappellerons à l'occasion du diagnostic, et que nous avons constatée après plusieurs autres auteurs, et notamment Louis et Chomel. La tuméfaction est en général d'autant plus considérable que l'affection est plus violente et que la douleur est plus vive.

Dans certaines articulations, et surtout dans l'articulation du genou, on peut

s'assurer facilement que, chez un assez bon nombre de sujets, la tuméfaction est due à l'épanchement, dans l'article, d'une certaine quantité de sérosité. La rotule est soulevée et mobile, et les bourses synoviales sont tendues et font une saillie notable. Dans ces articulations, comme dans les autres, la tuméfaction est due également à un afflux des liquides dans les tissus qui recouvrent l'articulation.

Les articulations malades ont perdu leur formation naturelle ; elles sont beaucoup plus arrondies ; les saillies des os ne s'y dessinent plus nettement ou ne peuvent plus s'y distinguer.

« Il y a, dit Requin, une *attitude particulière*, et pour ainsi dire d'élection, pour chaque articulation. Si l'affection arthritique envahit les phalanges, celles-ci demeurent ordinairement en état d'extension. Dans le rhumatisme du genou, l'extension de la jambe sur la cuisse est aussi la situation la plus ordinaire ; néanmoins, en certains cas où l'articulation fémoro-tibiale n'est que partiellement rhumatisée, le genou reste fléchi. Le coude rhumatisé se tient dans la demi-flexion. Il n'y a possibilité ni d'extension, ni de flexion complète. Ainsi donc l'attitude spéciale du malade appelle de prime abord l'attention du médecin sur le point affecté, et commence le diagnostic. »

La *chaleur* est plus élevée au niveau des articulations malades que dans toutes les autres parties du corps, et c'est surtout la réunion de ces symptômes locaux, rougeur, gonflement, chaleur, douleur, joints à un mouvement fébrile plus ou moins intense, qui a fait regarder le rhumatisme articulaire aigu comme une inflammation.

Du côté des *voies digestives*, on trouve l'état suivant : la langue est généralement blanche, quelquefois rouge à la pointe ; l'appétit est perdu ; la soif est plus ou moins vive ; dans certains cas très-intenses, il y a quelques nausées, quelques vomissements bilieux ou fades, des douleurs épigastriques, symptômes notés par Louis (1), dans les premiers jours ; mais généralement l'anorexie est le seul symptôme gastrique. Le *ventre* ne présente ordinairement rien de remarquable, si ce n'est une légère constipation. Dans une faible minorité des cas, il y a, au contraire, de la diarrhée. [D'après Pidoux (2), on observerait presque toujours une énorme dilatation de l'estomac, de son grand cul-de-sac surtout.]

Les *voies respiratoires* ne présentent, dans le plus grand nombre des cas, rien de remarquable.

Si, relativement à l'état des *voies circulatoires*, nous n'examinons d'abord que les cas non compliqués, voici ce que nous trouvons : Le pouls est presque toujours régulier, un peu large et élevé. Sa fréquence n'est pas très-considérable.

Dans le cours du rhumatisme articulaire aigu, un peu plus souvent que dans les autres affections fébriles, il survient une *complication du côté du cœur*. Cette complication consiste dans le développement soit d'une péricardite, soit d'une endocardite. Lorsque cette complication, beaucoup plus rare que ne le prétend Bouillaud, s'est établie, on observe du côté du cœur les symptômes que nous décrirons aux articles consacrés à la péricardite aiguë et à l'endocardite (3), c'est-à-dire pour la

(1) Louis, *Rech. anatomo-pathol. sur la maladie connue sous le nom de fièvre typhoïde, etc.*, 2[e] édit. Paris, 1841, t. I, p. 443.

(2) Pidoux, *Union médicale*, 1861, t. IX, p. 490.

(3) Voy. MALADIES DES VOIES CIRCULATOIRES.

péricardite : voussure, matité étendue, éloignement et faiblesse des bruits du cœur, éloignement et faiblesse du bruit respiratoire parfois bruit de râpe superficiel et double, douleur ordinairement vive; et pour l'*endocardite :* pas de voussure (malgré l'assertion contraire de quelques auteurs), matité médiocrement étendue, battements du cœur superficiels, souvent violents, bruits du cœur sourds, souffle ou bruit de râpe au premier bruit.

Nous avons parlé plus haut des *frissons* qui se manifestent au début (dans les deux tiers des cas, d'après les faits observés par Louis) : ces frissons, chez certains sujets, se renouvellent plusieurs fois dans les premiers jours; chez d'autres, il n'y a qu'un peu de sensibilité au froid.

La *chaleur* de la peau est ordinairement élevée : c'est ce que Louis a constaté chez 47 sujets sur 55; le même auteur a noté des *sueurs* chez un peu plus des quatre cinquièmes des malades, et ces sueurs furent très-copieuses dans treize cas.

[L'urine est habituellement peu abondante, rouge et foncée; lorsqu'on la laisse reposer quelque temps, ou bien qu'on y ajoute un peu d'acide nitrique, on voit se former un dépôt assez abondant d'acide urique ou d'urate. Cet état de l'urine paraît dû principalement à la fièvre; car il en suit les alternatives.]

Un peu de *céphalalgie* existe chez quelques sujets (un tiers, d'après les recherches de Louis) pendant les premiers temps de la maladie; dans un petit nombre de cas, la douleur de tête est assez vive, et parfois aussi plus persistante que dans les autres affections fébriles.

Il est bien rare qu'il y ait d'autres symptômes du côté de la tête; ce n'est que dans quelques cas exceptionnels et presque toujours mortels qu'on voit apparaître un *délire* violent avec d'autres symptômes nerveux plus ou moins intenses. Nous avons observé, il y a quinze ans, à l'Hôtel-Dieu annexe, un cas de ce genre. Un homme de quarante ans environ entra avec un rhumatisme articulaire peu intense. Trois articulations seulement étaient prises et peu douloureuses; le pouls ne battait que quatre-vingts fois par minute, rien n'annonçait une maladie grave. La nuit, un délire furieux survint, il y eut des symptômes d'hydrophobie, et le malade succomba en quelques heures. D'autres auteurs ont rapporté des faits du même genre.

Les douleurs articulaires occasionnent presque toujours de l'*insomnie*, surtout dans les premiers temps de la maladie. Fréquemment des mouvements involontaires, en excitant une douleur très-vive, réveillent les malades en sursaut. Il y a ordinairement un peu d'agitation, surtout la nuit, dans les cas d'une intensité considérable.

Les *forces* se soutiennent généralement bien : ce n'est que dans les cas où la maladie dure depuis longtemps qu'on voit survenir la faiblesse et la langueur. L'*amaigrissement* est promptement assez marqué, ce qui tient autant sans doute à l'énergie ordinaire du traitement qu'à l'influence de la maladie.

Toutes les articulations qui doivent être prises dans le cours de la maladie ne sont pas affectées en même temps. D'abord une ou deux, rarement trois à la fois, deviennent douloureuses. Puis la douleur cessant dans un ou plusieurs des articles affectés, d'autres se prennent, puis d'autres encore. Assez fréquemment une articulation antérieurement malade est reprise de douleur à une autre époque de la maladie; en un mot, la douleur rhumatismale se transporte d'un point à un autre,

disparaissant plus ou moins complétement d'un article pour en envahir un ou plusieurs plus ou moins éloignés.

On voit quelquefois une ou deux articulations rester douloureuses pendant presque toute la durée de la maladie, tandis que les autres présentent la mobilité caractéristique; d'autres fois les douleurs rhumatismales envahissent successivement un grand nombre d'articulations, en continuant à faire des progrès dans celles qui étaient primitivement atteintes; mais bientôt la *mobilité* se déclare, et les choses se passent comme nous venons de le dire.

Nous n'avons encore parlé que de la douleur, parce que c'est là surtout le symptôme qui présente la mobilité la plus marquée; mais cette mobilité se fait aussi remarquer dans les autres symptômes locaux; c'est ainsi qu'il n'est pas rare de voir la rougeur, la chaleur et le gonflement disparaître en même temps que la douleur, sans laisser de trace sensible. Cependant il est plus ordinaire de trouver encore un peu de tuméfaction et même de rougeur dans des articulations qui, la veille, étaient extrêmement douloureuses, et qui ne présentent plus le lendemain qu'une gêne légère dans les mouvements. Mais ces signes ne tardent pas à disparaître, pendant que les articulations nouvellement prises en présentent de plus en plus violents.

Il est difficile de dire d'une manière un peu précise quel est l'*ordre dans lequel les articulations sont envahies*. Les cas sont très-variables sous ce rapport. Cependant on peut d'une manière générale établir que les genoux et les pieds sont d'abord affectés; puis viennent les poignets, les épaules, les coudes et les hanches. Quelquefois on voit les signes locaux se montrer dans un genou, puis dans un poignet, puis dans les pieds.

Les *symptômes généraux* présentent une intensité différente suivant les variations que nous venons d'indiquer : intenses lorsqu'il y a un grand nombre d'articulations prises et lorsque les symptômes locaux sont violents; modérés dans le cas contraire.

Lorsque le rhumatisme articulaire arrive véritablement à sa période décroissante, il est rare que la douleur se porte encore d'une articulation à l'autre; généralement elle diminue dans les points actuellement envahis, sans en envahir d'autres. Cependant il est des cas où la douleur, le gonflement, etc., se portent encore d'une articulation à l'autre, mais sont plus faibles et n'excitent pas de symptômes généraux, et d'autres dans lesquels la douleur reprend une intensité un peu plus grande dans les points actuellement atteints, pour décroître bientôt ensuite.

Les symptômes généraux ayant complétement disparu, il ne reste plus qu'une légère gêne des articulations le plus violemment affectées (à moins toutefois que le rhumatisme ne prenne une marche chronique), gêne qui se dissipe bientôt, et ne laisse qu'une faiblesse en rapport avec la violence de la maladie et l'énergie du traitement.

[Après la disparition de tous les symptômes, locaux et généraux, et durant la convalescence, on constate chez les rhumatisants les signes d'une grande débilité : l'auscultation révèle chez eux des souffles cardiaques et vasculaires étrangers à toute lésion organique, témoignant une anémie qu'on ne saurait expliquer ni par la durée de la maladie ni par le traitement employé. Cette débilité est la marque d'un trouble général et profond de toute l'économie.]

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il n'y a pas de continuité complète dans cette maladie ; elle présente plus ou moins d'intensité, non-seulement à ses diverses périodes, mais aux diverses époques de ces périodes. Ce qu'il y a de plus remarquable, c'est l'apparition, dans un grand nombre de cas, d'améliorations très-notables, suivies de recrudescences fréquentes. On peut croire à une guérison prochaine, tandis que la maladie n'est pour ainsi dire qu'assoupie, et se réveillera bientôt avec une nouvelle intensité. Ce qui disparaît le plus complétement en pareil cas, c'est l'ensemble des phénomènes locaux précédemment décrits. Les articulations sont plus ou moins complétement revenues à leur état normal, et cependant il y a encore du malaise, un certain degré de mouvement fébrile, l'appétit ne se rétablit pas, les forces restent abattues. Cet état a été de tout temps remarqué, et les principaux auteurs qui ont écrit sur l'affection qui nous occupe l'ont attribué à la persistance de la maladie, sans manifestation locale notable ; on a même dit qu'il existait alors une *fièvre rhumatismale*, comme lorsque la fièvre précède la première apparition des douleurs articulaires.

Bouillaud a prétendu que cette explication n'est pas juste, et que la persistance du mouvement fébrile, malgré la disparition des douleurs, est due au développement d'une *péricardite* ou d'une *endocardite*, qui viennent compliquer l'affection primitive (1). Il est, sans doute, quelques cas dans lesquels les choses se passent ainsi, et l'on peut même admettre qu'un certain nombre de fois on a méconnu cette cause de la persistance de la fièvre ; mais, le plus souvent, l'examen le plus attentif ne fait rien découvrir du côté du cœur, alors que la fièvre persiste et que l'apparition ultérieure de nouvelles douleurs vient prouver que la maladie existait encore, quoique réduite plus ou moins complétement à ses symptômes généraux. Lorsque, après la disparition des symptômes locaux, on voit persister le malaise général et le mouvement fébrile, on doit s'attendre à une recrudescence de la maladie. Quelquefois même le mouvement fébrile qui persiste est très-peu appréciable ; on n'observe que du malaise, un état général de souffrance ; les fonctions digestives ne se rétablissent pas parfaitement, quoique les malades aient pu quitter leur lit ; cet état peut durer longtemps, et l'on voit, après plusieurs jours, sans cause appréciable, les articulations se prendre de nouveau. Peut-on dire que, en pareil cas, il y a eu rechute ou récidive ? Nous pensons plutôt que la maladie n'avait pas complétement cessé, et qu'il n'y a eu qu'une recrudescence.

Il n'en est pas de même dans quelques cas où les malades, ayant recouvré l'intégrité de leurs fonctions, et n'éprouvant plus ni symptômes généraux ni symptômes locaux, sont repris, au moment où l'on s'y attend le moins, de douleurs rhumatismales. C'est alors une véritable *rechute*, qui est presque toujours occasionnée par la marche prématurée. Ce qui le prouve, c'est que la douleur se reproduit ordinairement pendant la marche, et qu'elle se manifeste presque toujours dans l'un des deux genoux. Ces rechutes ne sont presque jamais aussi intenses que la première atteinte.

(1) Voy. article ENDOCARDITE.

Nous n'avons pas parlé, dans ce qui précède, des quatre *périodes* admises par beaucoup d'auteurs, parce que, lorsqu'on étudie le rhumatisme articulaire aigu au lit du malade, on voit qu'il faut beaucoup forcer les faits pour y voir ces quatre périodes bien distinctes qui sont : 1° *période prodromique* (elle manque assez souvent, comme nous l'avons vu plus haut), 2° *période d'augment* ou *de progrès*, 3° *période d'état*, 5° *période de déclin*.

La *durée* du rhumatisme articulaire aigu ne peut être convenablement étudiée indépendamment de l'influence du traitement. La durée du rhumatisme articulaire aigu traité par les saignées modérées, les calmants, en un mot, en l'absence de moyens très-énergiques ou ayant une action spéciale, est d'environ trois septénaires; mais il y a de très-grandes différences suivant les cas. Macleod (1) a réuni 79 cas dans lesquels on trouve d'abord, comme moyenne générale de la durée, 28 jours et une fraction ; on y voit, en outre, que la durée de l'affection peut varier entre 10 et 112 jours, et que très-souvent cette durée est de 3 semaines, ainsi que l'avait constaté Chomel.

La question de la durée du rhumatisme est une des plus importantes de l'histoire de cette maladie. Le rhumatisme articulaire aigu n'est pas, en effet, une affection qu'on puisse regarder comme grave, au point de vue de la terminaison ; d'un autre côté, c'est une affection des plus douloureuses : c'est, par conséquent, à en abréger la durée que doit s'attacher la thérapeutique, et il serait bien plus important encore d'atteindre ce but, si, comme le pense Bouillaud, et comme cela paraît probable, la longue durée de l'affection augmente les chances de complication du côté du cœur.

La guérison est, dans l'immense majorité des cas, la *terminaison* du rhumatisme articulaire aigu. Parfois cette affection passe à l'état chronique, et alors on voit les articulations rester gonflées et douloureuses, se déformer, présenter, en un mot, tous les symptômes qui seront décrits dans l'article suivant. La mort a été la terminaison du rhumatisme articulaire aigu dans un petit nombre de cas. On a dit que jamais cette affection, lorsqu'elle n'était pas compliquée, ne se terminait de cette manière fâcheuse ; cette proposition n'est pas exacte. Dans le cas cité plus haut, et où un violent délire a précédé la mort, l'autopsie n'a fait découvrir aucune lésion à laquelle on pût attribuer ce fâcheux résultat. Il existe d'autres faits semblables dans la science. Nous les signalons, parce qu'il ne nous paraît pas douteux que, dans quelques cas, on n'ait attribué injustement à l'action d'un médicament particulier une terminaison funeste, unique résultat de la violence de l'affection. Les cas de ce genre sont extrêmement rares, et on doit les regarder comme tout à fait exceptionnels.

On a cité des cas dans lesquels la complication d'endocardite a précédé la mort, dont elle a été sans doute la cause principale. Les cas de ce genre ne sont guère moins rares que les précédents. Quant à la complication de péricardite, nous ne connaissons pas un seul fait qui prouve qu'elle ait produit la mort chez un sujet ayant tous ses organes dans un parfait état d'intégrité au moment où il a été atteint de rhumatisme articulaire.

(1) Macleod, voy. *Gazette médicale de Paris*, 1838, p. 76, extrait du *Med.-chir. Review*, 1837.

§ V. — Coïncidences, complications, maladies consécutives.

[Bouillaud a, le premier, appelé l'attention sur la coïncidence de la *péricardite*, de l'*endocardite* et de la *pleurésie* avec le rhumatisme articulaire aigu (1). S'il est possible de discuter sur la fréquence de ces coïncidences, il est impossible du moins d'en nier la réalité. Et, en effet, puisque le rhumatisme affecte les séreuses articulaires et même celles des coulisses tendineuses, pourquoi ne pourrait-il pas attaquer aussi les séreuses des organes profonds, tels que le cœur, le poumon? Il n'y a là rien qui répugne à l'esprit, et ce n'est qu'une nouvelle application de cette loi de pathologie générale, en vertu de laquelle les *parties similaires* de l'économie se prennent simultanément ou successivement sous l'influence d'une même cause.

Nous résumerons en quelques mots seulement ces résultats connus de tout le monde, acceptés aujourd'hui par tous les médecins, et dont l'observation journalière établit si nettement la réalité et l'évidence.

Nous croyons d'abord que l'on s'est mépris sur les cas où la coïncidence a lieu, et, par conséquent, sur sa fréquence. Si l'on prend en bloc tous les cas de rhumatisme et que l'on vienne à les comparer aux autres maladies, peut-être pourra-t-on dire, avec Louis, que l'endocardite et la péricardite ne sont pas beaucoup plus communes dans le rhumatisme que dans les autres maladies; et encore y aurait-il là une exagération notable, car on compte les cas où ces deux affections se manifestent dans le cours de la pneumonie, de la pleurésie, de la goutte, de la variole, etc., et on ne les compte plus pour le rhumatisme; seulement il faut *savoir les diagnostiquer*. Mais maintenant si l'on divise les faits en deux groupes, les résultats sont bien plus évidents et plus démonstratifs. Dans les *rhumatismes légers*, *médiocrement fébriles* et *localisés* dans quelques petites articulations ou dans une seule volumineuse, la coïncidence n'a pas lieu; et Bouillaud est le premier à le reconnaître. Que si, au contraire, on examine les cas de *rhumatisme grave*, *généralisé*, et accompagné d'un *mouvement fébrile intense*, on constate la coïncidence dans tous ou dans presque tous les cas : alors la *coïncidence est la règle, et son absence l'exception*.

Une autre circonstance qui a pu éveiller le doute, c'est la difficulté, il faut en convenir, d'établir le diagnostic. En effet, l'endocardite et la péricardite ne s'annoncent pas, comme on pourrait le croire, par des symptômes violents et propres à frapper l'observateur : les malades n'accusent ni douleur, ni oppression, ni anxiété précordiale, et ils ne sont pas pris de ces lipothymies et de ces syncopes que Corvisart a si complaisamment décrites; ils n'appellent pas l'attention du côté du cœur, et l'observateur inattentif peut méconnaître la complication. Celui qui veut se rendre compte de ce qu'il y a de vrai dans les assertions du professeur de la Charité, doit examiner la région précordiale dans tous les cas de rhumatisme, même quand aucun phénomène saillant n'éveille son attention et ne le sollicite à faire cet examen; et il est tout surpris de rencontrer des *signes physiques* d'endocardite ou de péricardite, alors qu'aucun *signe fonctionnel* ne s'était manifesté.

Quelques mots suffiront maintenant pour compléter ces remarques.

L'endocardite et la péricardite débutent souvent en même temps que les douleurs articulaires, et quelquefois elles les suivent; elles ne doivent pas être considérées

(1) Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire*. Paris, 1840.

comme une *complication ;* elles sont un élément de la maladie, une de ses localisations ; l'endocarde et le péricarde se prennent au même titre que toute séreuse articulaire, et c'est pour ce motif qu'on doit employer le terme de *coïncidence.*

Ce qui distingue ces localisations viscérales des localisations articulaires, c'est leur *fixité*, leur *défaut de mobilité*, de sorte que, sous ce rapport, le rhumatisme n'est pas une affection aussi *vague* dans ses localisations extérieures ; c'est aussi leur tendance à se perpétuer à l'état chronique et à amener des lésions consécutives graves.

Enfin il est inutile d'insister sur les maladies organiques du cœur qui succèdent au rhumatisme, parce que nous nous en occuperons à l'occasion des affections du système circulatoire.

Nous avons dit que des observations récentes tendaient à démontrer, d'une manière péremptoire, que les séreuses viscérales ne sont pas exemptes des localisations rhumatismales, et les réflexions que nous venons de présenter au sujet de la péricardite et de l'endocardite sont applicables aux autres séreuses, telles que la plèvre, l'arachnoïde, le péritoine.

La *pleurésie rhumatismale* avait déjà été signalée par Stoll (1) qui en a parfaitement saisi les caractères ; Bouillaud en a rapporté plusieurs exemples, dans lesquels la maladie alterne ou coïncide avec le rhumatisme articulaire, et Trousseau et Pidoux en ont caractérisé les allures, en indiquant « ces fluxions séreuses et suffocantes des plèvres qui ont la soudaineté d'invasion des fluxions rhumatismales » (2). Aujourd'hui tout le monde reconnaît l'origine rhumatismale de ces pleurésies.

Depuis quelques années, on a signalé aussi des cas assez nombreux où l'affection, siégeant sur les *méninges cérébrales*, a déterminé la mort des malades ; Valleix lui-même a montré, dans le cours de cet article, que des faits de ce genre avaient passé sous ses yeux. Nous n'insisterons pas sur cette maladie, que nous étudierons complétement dans un article spécial (voy. MÉNINGITE RHUMATISMALE).

On peut donc dire, en résumé, que la détermination du rhumatisme sur les séreuses autres que les séreuses articulaires est non-seulement un fait démontré, mais un fait assez commun et que ces maladies viscérales doivent être considérées comme des localisations du rhumatisme au même titre que la maladie articulaire.]

§ VI. — Lésions anatomiques.

Quelques auteurs récents, et en particulier Bouillaud (3), ne voyant dans le rhumatisme articulaire aigu qu'une inflammation des articulations, ont cherché à étayer leur manière de voir en invoquant un certain nombre de faits dans lesquels des lésions profondes ont occupé les articulations. Les faits cités par Bouillaud sont les seuls qu'il importe d'examiner. Nous nous sommes livré ailleurs à cet examen (4), et nous avons fait voir que deux de ces faits peuvent seuls être considérés comme des rhumatismes ; or, dans ces cas, on trouva seulement une synovie épaisse, jaunâtre, trouble, gluante, semblable à de l'huile concrète, ou mieux au fluide sper-

(1) Stoll, *Médecine pratique*, trad. Mahon.
(2) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, 6e édit., t. I, p. 556.
(3) Bouillaud, *Traité clinique du rhumatisme articulaire*. Paris, 1840.
(4) Valleix, *Mém. sur l'arthrite* (*Union médicale*, 6 février 1847).

matique, ou bien quelques flocons albumineux. Ces lésions ne sont pas de nature nous permettre de résoudre la question, d'autant plus que les faits manquent de étails très-importants, et que les articulations les plus malades étaient sans lésion ppréciable après la mort. Dans tous les autres cas, il existait soit une phlébite, soit ne fièvre puerpérale, et les prétendus rhumatismes n'étaient autre chose que la ppuration des articulations sous l'influence de ces affections. Bouillaud a en outre ité quelques cas de rougeur de la synoviale; mais ce n'est pas là une raison péemptoire de croire à l'existence d'une véritable inflammation. Dans d'autres cas, n'existait aucune trace d'inflammation dans les articulations, et celui dont nous vons parlé plus haut était un exemple frappant de cette absence de lésions. Le plus inutieux examen ne put en faire découvrir aucune.

Remarquons que les faits cités dans ces derniers temps par Andral (1), Trouseau et Lasègue (2) se rapprochent des cas cités par Bouillaud, en ce sens que l'inammation s'est produite dans le cours ou dans la convalescence d'une affection rave, dans des circonstances qui devaient par conséquent favoriser l'inflammation, que cette inflammation, loin d'être mobile comme le rhumatisme, s'est montrée out d'abord fixe dans les articulations envahies.

Le rhumatisme articulaire aigu ne laisse dans les parties affectées aucune lésion aractéristique, et c'est un nouveau motif de ne pas le considérer comme une phlegasie ordinaire.

Les analyses du sang, faites par Andral et Gavarret (3), ont fait voir, que l'augentation de la proportion de la fibrine est plus considérable dans cette maladie que ans toute autre. La moyenne de ce principe du sang est de plus de 7 dans le rhuatisme aigu, et la proportion varie de 4 à 10.

Les principales lésions qui appartiennent aux complications qui peuvent survenir ans le rhumatisme, sont les inflammations du péricarde et du cœur, dont l'anaomie pathologique sera décrite dans un autre volume de cet ouvrage (4).

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Nous dirons d'abord un mot de l'*arthrite simple aiguë*, passant sous silence '*arthrite traumatique*, qui reste fixe, et dont la cause met immédiatement sur la oie du diagnostic.

Deux maladies aiguës ayant de nombreux traits de ressemblance, mais réellement différentes, peuvent spontanément, sans aucune lésion antécédente, se développer dans les articulations : ce sont l'arthrite simple aiguë ou l'inflammation imple, et le rhumatisme articulaire aigu, affection qui a des caractères spéciaux. est possible et même facile de distinguer ces deux affections : ce qui les distingue st la fixité de l'une et la mobilité de l'autre; la fièvre proportionnellement plus rande dans l'arthrite, et le retour des mouvements beaucoup plus prompt dans e rhumatisme que dans l'arthrite.

(1) Andral, *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1850, t. XV, p. 1019.
(2) Trousseau et Lasègue, *Union médicale*, 24 août 1850.
(3) Andral et Gavarret, *Recherches sur les modific. de proport. de quelques principes du ang*. Paris, 1847.
(4) Voy. PÉRICARDITE et ENDOCARDITE.

Dans les cas soumis à notre observation, nous avons pu, sans nous tromper, annoncer que la maladie resterait fixée dans un article, et que la gêne des mouvements, la roideur des tissus, se dissiperaient lentement, alors que toute douleur aurait complétement cessé. Comment aurait-il pu en être ainsi, si la maladie avait été de la même nature que ces douleurs qui, du jour au lendemain, peuvent se porter d'une articulation à l'articulation la plus éloignée? Il n'est pas rare de voir, après un rhumatisme articulaire aigu bien caractérisé, certaines articulations conserver une grande difficulté de mouvements : si l'on examine attentivement l'état des parties, on voit que ce qui cause les accidents est la persistance de la maladie elle-même. Ainsi il y a encore du gonflement, de la douleur, de la rougeur même, et parfois de l'œdème, surtout aux pieds et aux mains. Or, la gêne des mouvements, la roideur de l'articulation, persistent dans l'arthrite simple, alors même que tous ces symptômes ont disparu ; et cette roideur est due sans doute à la rigidité qui s'est établie dans les tissus fibreux, comme dans les arthrites de cause externe. Cette rigidité peut être vaincue par des mouvements convenablement dirigés, tandis que le moindre mouvement exaspère les douleurs articulaires qui persistent dans le rhumatisme, et augmentent la gêne de l'articulation.

Dans l'arthrite blennorrhagique les choses se passent comme dans l'arthrite simple aiguë; seulement on a de plus, pour fixer son jugement, l'existence de l'écoulement uréthral, car il est bien rare que cet écoulement soit supprimé.

Nous avons vu que fréquemment on a pris pour un rhumatisme articulaire aigu l'inflammation des articulations résultant d'une *phlébite* suppurative, et se terminant par la formation d'une collection purulente. Cette erreur n'a guère été commise qu'à une époque où l'on ne connaissait pas suffisamment les conséquences de la phlébite. Aujourd'hui on est rarement embarrassé pour porter un diagnostic qui se fonde sur les considérations suivantes : 1° Dans l'inflammation des articulations ou dans les collections purulentes qui se forment dans leurs cavités par suite d'une phlébite, on remarque la fixité de la douleur, du gonflement, de la rougeur, de telle sorte que la maladie, s'étant une fois manifestée dans un article, ne le quitte plus jusqu'à la mort; en outre, on constate la facilité extrême avec laquelle se forment les abcès : c'est au point que parfois il y a dans les articulations du pus parfaitement lié, sans que les parois de l'articulation présentent une altération appréciable, comme s'il n'y avait qu'un simple dépôt de pus. Voilà pour les phénomènes locaux. 2° Dans cette même affection, les phénomènes généraux sont des plus intenses, nous les décrirons ailleurs (1); les principaux sont : une fièvre violente, l'agitation, le délire, la stupeur, le coma, des troubles graves des voies digestives, et principalement, à une certaine époque, une diarrhée abondante et fétide, etc. Rien de tout cela ne se remarque dans un simple rhumatisme. 3° Reste enfin la connaissance de la cause qu'il est toujours important de rechercher. On s'informera donc s'il existe une plaie quelconque ; si l'on a pratiqué une saignée, et si cette saignée est enflammée; s'il n'y a pas un abcès dans quelques parties du corps, etc. Presque toujours on parviendra ainsi à découvrir le point de départ de la phlébite. Mais si l'on n'y parvenait pas, il ne faudrait pas pour cela douter du diagnostic et croire à un rhumatisme, car on a démontré que ces suppurations,

(1) Voy. article PHLÉBITE.

ans plusieurs organes, et notamment dans les articulations, pouvaient se déve-
pper spontanément avec les caractères que nous venons d'indiquer, et c'est
urtout aux cas de ce genre qu'on a donné les noms de *fièvre purulente*, *diathèse
urulente*. Dans plusieurs cas, l'inflammation des articulations, qui en avait im-
osé pour un rhumatisme aigu, a reconnu pour cause l'irruption dans un ou plu-
eurs articles de la matière tuberculeuse accumulée dans les extrémités des os, et
mollie (1).

Ce que nous venons de dire s'applique rigoureusement à l'inflammation des
ticulations et aux collections purulentes dans ces parties, qu'on observe chez les
mmes affectées de *fièvre puerpérale*. Qu'il nous suffise de signaler ici ce fait,
ont nous nous sommes occupé (page 70) à propos de la fièvre puerpérale.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du rhumatisme articulaire aigu et de l'arthrite simple spontanée.*

RHUMATISME ARTICULAIRE SPONTANÉE.	ARTHRITE SIMPLE AIGUE.
Symptômes généraux *proportionnellement oins intenses.*	Symptômes généraux *proportionnellement plus intenses.*
Mobilité des phénomènes locaux.	*Fixité* des phénomènes locaux.
Les signes de l'inflammation (douleur, gon-ment, rougeur) une fois dissipés, les *mou-ments se rétablissent promptement* dans articulations affectées. Lorsqu'il en est trement, c'est que le rhumatisme a passé à tat chronique.	Les signes de l'inflammation (douleur, gonflement, rougeur) étant complétement dissipés, il reste encore *une grande gêne dans les mouvements, et cette gêne persiste longtemps.*

Les mêmes signes distinctifs appartiennent à l'*arthrite blennorrhagique.*

2° *Signes distinctifs du rhumatisme articulaire aigu et de l'inflammation articulaire dans la phlébite.*

RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.	INFLAMMATION ET SUPPURATION DES ARTICULATIONS DANS LA PHLÉBITE.
Phénomènes locaux mobiles; du jour au ndemain, une articulation devient libre, et ne autre se prend.	*Fixité des phénomènes locaux.*
Dans aucun cas authentique, *on n'a trouvé pus* dans les articulations malades.	Collections purulentes *se formant avec la plus grande facilité:* parfois sans que les tissus qui les renferment paraissent enflammés.
Phénomènes généraux médiocrement in-nses; ni délire, ni stupeur, ni troubles aves des voies digestives.	*Phénomènes généraux très-violents:* délire stupeur, etc.
L'examen le plus attentif *ne fait trouver ulle part le point de départ de la maladie:* s d'abcès, pas d'inflammation des veines, plaie, etc.	Un examen attentif *fait ordinairement trouver le point de départ de la maladie:* abcès, plaie, etc.

Le même diagnostic différentiel s'applique à la *fièvre puerpérale* avec collections
urulentes dans les articulations, qu'il y ait ou non phlébite utérine.

Pronostic. — Le pronostic du rhumatisme articulaire aigu est peu grave. Cepen-

(1) Voy. Nélaton, *Thèse sur les tubercules des os.* — Lebert, *Traité d'anatomie patholo-
gique générale et spéciale.* Paris, 1839, t. II.

dant nous avons vu plus haut que, dans quelques cas très-rares, la maladie s'est terminée rapidement par la mort, et nous savons qu'un rhumatisme articulaire aigu peut passer à l'état chronique. On a vu des sujets entièrement perclus par suite de ce passage à l'état chronique. Peut-on prévoir ces fâcheuses terminaisons? En général, on ne le peut pas dans les premiers jours de la maladie. Lorsqu'un délire violent survient, on doit craindre une mort prochaine. Il n'est pas très-rare de voir des rhumatismes, après avoir paru se terminer très-favorablement, offrir pendant un certain temps des symptômes subaigus ; généralement cet état disparaît au bout d'un temps variable, mais s'il se prolonge au delà de deux ou trois mois, et si les articulations restent fortement prises, on doit craindre que le mal ne devienne très-rebelle. Nous rechercherons plus loin si l'on peut attribuer à certaines médications une influence sur la terminaison par la mort.

[La possibilité des complications viscérales que nous avons indiquées doit rendre le pronostic très-réservé. En outre, le développement de lésions organiques persistantes du cœur, dont Bouillaud a montré la fréquence après le rhumatisme aigu, rend encore cette maladie sérieuse par les suites qu'elle peut entraîner.]

§ VIII. — Traitement.

Émissions sanguines. — La plupart des praticiens emploient les *émissions sanguines modérées ;* comme le faisaient Sydenham et Stoll à la fin de leur pratique, on ne tire ordinairement aux malades qu'une petite quantité de sang qui n'excède pas, si même elle l'égale, celle qu'on enlève aux malades atteints de pneumonie. Mais aucun médecin ne se dispense de pratiquer la *saignée générale* lorsque le rhumatisme a une assez grande intensité. Suivant Chomel (1), il suffit de pratiquer une ou deux saignées, et l'on peut dire que, dans la grande majorité des cas, cette pratique est, en effet, utile. Il ne faut pas croire qu'il n'y ait rien d'absolu dans une semblable proposition, et tout le monde convient que le praticien doit, dans certains cas, augmenter le nombre des saignées. Les partisans des saignées très-abondantes et promptement répétées ne nient pas que, par les saignées modérées, les malades ne guérissent, mais ils prétendent abréger beaucoup la durée de la maladie, et, de plus, prévenir des complications très-graves. Quant à savoir si l'on doit pratiquer un plus ou moins grand nombre de saignées, c'est au médecin à le décider, suivant la violence du cas, l'âge, la vigueur du sujet, en un mot, d'après les indications générales qu'on ne doit jamais perdre de vue dans la pathologie spéciale.

Sydenham, Stoll, et plusieurs autres médecins, avant ces vingt-cinq dernières années, ont vanté ou blâmé les saignées très-abondantes et répétées.

Saignées coup sur coup (Bouillaud). — La *formule* de Bouillaud peut être résumée ainsi : 1er *jour :* Dans l'hôpital, à la visite du soir, on pratique une saignée du bras de 4 palettes. 2e *jour :* Une saignée de 3 palettes et demie à 4 palettes matin et soir, et dans l'intervalle une application de sangsues, ou mieux de ventouses scarifiées autour des articulations les plus malades, ainsi que sur la région précordiale ou le thorax, suivant qu'il existe une endopéricardite, une pleurésie ou une pleuro-pneumonie. La saignée locale doit être de 3, 4 ou même 5 palettes. 3e *jour :* Dans les cas graves, on pratique une quatrième saignée de 3 à 4 palettes,

(1) Chomel, Voy. Requin, *Leçons de clinique médicale :* Rhumatisme, p. 281.

: une saignée locale de la même dose sur les mêmes points. Dans les cas d'amélioration, on s'arrête. 4e *jour :* Si la résolution n'est pas franche, on pratique une inquième saignée de 3 palettes. 5e, 6e et 7e *jours :* Dans les rhumatismes articuaires aigus très-graves, avec endocardite ou endopéricardite ou pleurésie très-prononées, le temps des émissions sanguines n'est pas passé. Alors, dans l'espace des trois urs dont il s'agit, on pratique deux ou trois nouvelles saignées du bras et une ouvelle saignée locale, en même temps qu'on applique de larges vésicatoires, soit ur la région du cœur, soit sur les articulations, soit enfin sur l'une et sur les autres n même temps. « Dans quelques cas de cette dernière catégorie, nous avons été obligé, dit Bouillaud, de tirer jusqu'à 8, 9 et 10 livres de sang (1). » Bouillaud eut que l'on modifie sa formule suivant l'âge, la force et la constitution des sujets, uivant l'intensité de la maladie et les complications. Dans les cas d'une intensité oyenne, il a suffi pour guérir, de cinq saignées générales et locales de 3 à 4 paettes (4 livres et demie de sang en quarante-huit heures) ; dans les cas graves, six u sept saignées locales et générales de 3 à 4 palettes (5 à 6 livres de sang en trois u quatre jours). Certaines conditions constituent pour Bouillaud des contre-indicaons formelles aux émissions sanguines. Il emploie comme moyens adjuvants, les ataplasmes, les vésicatoires, la compression sur les jointures, l'opium à l'intérieur par la méthode endermique.

En suivant cette méthode, Bouillaud a vu la convalescence se déclarer franchement le septième ou le huitième jour, en règle générale, dans la majorité des cas aves. On peut, à partir de cette époque, commencer à nourrir les sujets. Les ois grands résultats auxquels conduit cette médication, suivant Bouillaud, sont : de réduire à zéro la mortalité, même dans les cas les plus graves, pourvu qu'elle uisse être employée à temps ; 2° de prévenir le passage de la maladie à l'état chroque ; 3° d'abréger la durée du rhumatisme articulaire aigu intense, de telle sorte u'elle n'est plus que d'un à deux septénaires, au lieu de six à huit, terme moyen.

L'efficacité des saignées abondantes et répétées à de courts intervalles ne nous t pas démontrée. La durée de la convalescence est augmentée par les émissions nguines trop répétées, les malades restent pendant longtemps débiles. D'un autre té, cet état de faiblesse prédispose à contracter des maladies graves. Malgré les ssertions de Bouillaud, il est donc très-douteux que les émissions sanguines abonrépétées à de courts intervalles, aient l'utilité qu'il leur a attribuée, et même u'elles ne soient pas nuisibles.

Bouillaud ajoute que, par son traitement, il réduit la mortalité à zéro ; mais le umatisme articulaire aigu, quand il atteint un sujet qui n'avait pas déjà une autre aladie, et c'est le cas (les maladies du cœur exceptées) dans lequel se trouvaient s malades traités par Bouillaud, est une affection qui se termine naturellement par guérison. Les cas dans lesquels il en est autrement sont tout à fait exceptionnels ; peine peut-on en citer quelques-uns sur des milliers que nous connaissons, et il t beaucoup de médecins qui, dans une longue pratique en ville et dans les hôpiux, n'ont pas vu un seul sujet succomber à cette affection, bien qu'ils n'aient mis n usage que le traitement ordinaire.

Tartre stibié à haute dose. — A l'époque où l'on constata pour la première fois

(1) Bouillaud, *ouvr. cit.*, p. 351.

en France les bons effets du tartre stibié à haute dose dans le traitement de la pneumonie (1), on fut si émerveillé de ces résultats, qu'on appliqua la même médication à un assez grand nombre d'autres affections aiguës. Laennec soumit à cette médication les sujets affectés de rhumatisme articulaire aigu, et l'on trouve dans un recueil de médecine (2) un certain nombre de faits publiés pour prouver l'efficacité du médicament dont il s'agit. Dans ces observations, nous remarquons l'absence d'un très-grand nombre de détails importants, et les recherches de Dance (3) sont venues démontrer qu'on s'en était laissé imposer par les apparences. Il résulte, en effet, des observations recueillies par cet auteur, que le tartre stibié à haute dose n'a pas eu sur la marche de la maladie plus d'influence que les autres médicaments habituellement mis en usage, tandis qu'il a les inconvénients bien connus d'une superpurgation qui peut quelquefois aller plus loin qu'on ne le désire. Aujourd'hui les conclusions du mémoire de Dance sont généralement adoptées, le tartre stibié à haute dose ne fait plus partie du traitement du rhumatisme articulaire aigu. Comme Martin-Solon, que nous citerons tout à l'heure à propos du traitement par le nitrate de potasse à haute dose, les médecins qui ont voulu avoir recours à l'émétique lui ont trouvé des inconvénients qui les ont forcés à y renoncer, et par conséquent, sans nous arrêter aux observations de Spadafora, Strambio, Wolff, Bang, etc., etc., qui ne sont pas plus concluantes que celles de Laennec, nous dirons que dans cette médication l'émétique est administré de la même manière que dans le traitement de la pneumonie, et que quelques médecins ont porté la dose de ce médicament, dans les vingt-quatre heures, jusqu'à 70 grammes et plus.

Ce serait ici le lieu de dire un mot de l'emploi des vomitifs et des purgatifs à la dose ordinaire ; mais il vaut mieux continuer d'exposer les médications spéciales, et n'aborder qu'à la fin de cet article les moyens habituels.

Nitrate de potasse à haute dose. — Déjà Brocklesby, Macbride et William Whytt avaient, dans le siècle dernier, vanté l'efficacité du nitrate de potasse à dose très-élevée contre le rhumatisme articulaire aigu, lorsque Gendrin (4) eut l'idée de soumettre ses malades à la même médication, et fut bientôt après imité par Martin-Solon (5). Ces deux derniers auteurs, à l'exemple des premiers, ont élevé jusqu'à 30 et 60 grammes la dose de nitrate de potasse, ce qui, dans les idées reçues, paraît naturellement une dose énorme. Nous ne croyons pas devoir insister sur les assertions de Brocklesby et de Whytt, parce que les faits rapportés par Gendrin et Martin-Solon nous offrent un bien plus grand intérêt.

Si l'on s'en rapporte à l'appréciation des faits recueillis par Gendrin, telle qu'elle a été publiée, on doit admettre que le traitement a eu une durée moyenne de huit jours, et la maladie une durée de quatorze jours. Mais l'étude attentive des faits ne

(1) Voy. article PNEUMONIE, t. II.

(2) Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I, p. 246 et suiv.

(3) Dance, *Sur l'emploi du tartre stibié à haute dose dans le rhumatisme articulaire aigu* (*Arch. gén. de méd.*, 1829).

(4) Gendrin, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1837, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1841.

(5) Martin-Solon, *De l'emploi du nitrate de potasse à haute dose dans le traitement du rhumatisme articulaire* (*Bulletin gén. de thérap.*, août, septembre et octobre 1843 ; *Bulletin de l'Académie de médecine*, t. IX, p. 130).

ermet pas de regarder ces résultats comme devant être définitivement adoptés. Comme dans les observations de Bouillaud, le début n'a pas été fixé d'une manière précise, et les rechutes ont été comptées comme de nouvelles maladies; de telle sorte qu'un sujet qui retombait au bout de deux ou trois jours, qui, par conséquent, ne devait pas être considéré comme guéri, compte dans les relevés, pour deux guérisons rapides. Il est donc impossible d'arriver à un résultat positif avec de pareils faits.

Martin-Solon a également publié plusieurs séries d'observations, desquelles il tire les conclusions suivantes (1) :

« 1° Le nitrate de potasse est facilement toléré par les rhumatisants, à la dose de 20 à 60 grammes.

» 2° Il n'a pas d'action thérapeutique bien importante dans le traitement du rhumatisme articulaire chronique, des arthrites partielles apyrétiques, du rhumatisme musculaire ou fibreux chronique, et des rhumatalgies.

» 3° Appliqué au traitement du rhumatisme articulaire aigu, il en détermine la solution en quatre ou dix jours, et le plus souvent sept. Son action suffit dans les cas les plus intenses, et lorsqu'ils sont simples.

» 4° Ce résultat a lieu sans qu'il y ait d'effet apparent autre qu'un abaissement de la fréquence du pouls et une diminution de la chaleur de la peau; l'augmentation des sécrétions cutanées, alvine et urinaire, ne semble pas le favoriser.

» 5° Le nitrate de potasse à haute dose arrête presque toujours les progrès du rhumatisme ; ou bien, si de nouvelles articulations s'endolorissent, l'intensité des douleurs va graduellement en diminuant. Ce traitement, par sa rapidité, prévient les endocardites, rend la convalescence très-courte et les rechutes moins fréquentes.

» 6° Cette médication est suffisante, et conserve toute son efficacité lorsque le rhumatisme est compliqué d'une faible endocardite.

» 7° Quand la circulation est gênée, et quand une autre phlegmasie s'ajoute à l'arthritis, les émissions sanguines, ou les divers moyens appropriés à la nouvelle maladie, doivent concourir au traitement. Le nitrate de potasse, à son tour, sera un adjuvant utile contre quelques arthritis aiguës rebelles à la saignée, et une acquisition précieuse pour la thérapeutique de certains cas de rhumatisme articulaire aigu qui ne comportent point l'usage des émissions sanguines. »

Il nous paraît résulter des faits précédents, et d'un certain nombre que nous avons pu observer, que le nitrate de potasse à dose élevée est loin d'être sans effet contre le rhumatisme articulaire aigu, et que cet effet est en général favorable. C'est seulement le degré de son action que nous ne connaissons pas parfaitement, et que des travaux entrepris suivant les principes que j'ai posés plus haut pourront seuls nous faire connaître.

Il est en outre une question que nous ne pouvons pas nous empêcher de poser : Le nitrate de potasse, donné à d'aussi fortes doses, est-il un médicament sans danger? Martin-Solon, qui s'est posé cette question, reconnaît que cette substance cause de graves accidents, à la dose de 30 à 60 grammes, ainsi que l'ont constaté Orfila, Devergie, etc. ; mais il attribue ces accidents à ce que le sel a été donné dans les expérimentations à l'état concentré. Aussi recommande-t-il vivement,

(1) Martin-Solon, *loc. cit.*, octobre 1843, p. 255.

comme on le verra tout à l'heure, de l'administrer dans une assez grande quantité de liquide. De cette manière, il n'a produit, entre les mains des praticiens, que quelques phénomènes nerveux peu graves, et qui ne doivent pas être nécessairement mis sur le compte du médicament. Mais on a cité des cas de mort pendant l'emploi du nitrate de potasse; pour notre compte, nous en connaissons deux dans lesquels la mort fut presque subite, et précédée de signes d'empoisonnement identiques dans les deux cas, tels que la petitesse, l'affaiblissement du pouls, le refroidissement des extrémités, etc., quoique rien dans la marche et les symptômes de la maladie ne pût faire prévoir un pareil accident, et que la dose du médicament n'eût été portée qu'à 10 ou 12 grammes. Faut-il en accuser le nitrate de potasse? Nous n'oserions l'affirmer; mais de pareils faits sont de nature à donner de graves appréhensions.

« Pour obtenir de bons résultats, il faut, dit Martin-Solon, que les malades soient exempts d'irritation inflammatoire grave des voies digestives. L'état saburral, l'ictère faible, apyrétique et sans lésion organique, n'en contre-indiquent pas l'emploi. Nous avons vu ces complications se dissiper, sans moyens spéciaux, pendant qu'un malade faisait usage du médicament. Il faut enfin le prescrire aux doses de 8, 10 et 15 grammes par pot de tisane, de manière que le malade prenne dans les vingt-quatre heures de 16 à 20, 40 ou même 60 grammes de sel potassique. La dose ordinaire est de 30 grammes; on ne doit arriver à 60 que quand la soif est vive et qu'il devient nécessaire d'accorder cinq ou six pots de tisane pour l'étancher. On peut employer pour véhicule une simple limonade, une infusion de fleurs de tilleul, de fleurs pectorales, de feuilles de petit-chêne, ou de toute autre plante légèrement aromatique qui s'accommoderait au goût du malade. La tisane sera convenablement édulcorée ; toujours potable à l'hôpital, il est facile de la rendre agréable en ville. On la donne par verre d'heure en heure, ou de demi-heure en demi-heure, selon la quantité qu'on en doit administrer. La malade la prendra chaude ou froide, suivant son désir : la plupart la préfèrent à cette dernière température.

» Si le rhumatisant est peu altéré, on devra porter à 15 grammes la dose de nitrate de potasse par chaque litre de boisson. Plusieurs de nos malades ont pris de cette manière un ou deux pots de cette solution saline édulcorée, sans répugnance. Dans d'autres cas, nous avons fait transformer plusieurs grammes en pilules, et nous avons ainsi évité de prescrire une trop grande masse de liquide. Nous croyons qu'il faut éviter ces modes d'emploi, puisqu'ils équivaudraient aux solutions très-concentrées dont on a signalé les inconvénients.

» Quand du dévoiement existe ou survient chez les malades soumis, dans le rhumatisme, à l'usage du nitrate de potasse, nous ajoutons du sirop de pavot blanc à la tisane, et la tolérance s'établit (Martin-Solon). »

En exposant la médication par le nitrate de potasse à haute dose, nous avons tâché d'apprécier autant que possible sa valeur ; il serait par conséquent inutile d'y revenir ici, d'autant plus que nous nous réservons de dire quelques mots d'une manière générale sur les traitements spéciaux qui ont été préconisés dans ces derniers temps.

Basham (1) a administré le nitrate de potasse à des doses très-élevées : jusqu'à

(1) Basham, voy. *Union médicale*, 12 mars 1850.

60 et 70 grammes. Il est arrivé à des résultats semblables à ceux qu'a obtenus Martin-Solon. Mais ce qui distingue sa médication, c'est qu'*il emploie aussi le sel à l'extérieur*. Il se sert pour cela d'un *tissu feutré spongieux sur lequel il répand le sel après l'avoir mouillé*, puis il l'applique sur la partie enflammée et l'assujettit au moyen d'une bande. Des expériences de Basham il résulte que cette médication a une action sédative réelle. Elle mérite d'être expérimentée de nouveau.

[*Alcalins à haute dose.* — Depuis quelques années, on a préconisé en Angleterre le traitement du rhumatisme aigu par les alcalins à dose élevée. Golding Bird semble avoir eu le premier l'idée de cette médication; plus tard, Garrod la formula plus nettement, et employa à peu près indifféremment le bicarbonate de potasse ou le bicarbonate de soude. Enfin Dickinson reprit ce mode de traitement, et l'employa chez un grand nombre de malades. Ce dernier auteur administrait simultanément l'acétate et le bicarbonate de potasse ou de soude; les doses ont varié de 15 à 45 grammes par jour, le bicarbonate étant donné à dose double de l'acétate. Sous l'influence de ce traitement, la durée de la maladie serait diminuée, l'intensité des accidents rapidement atténuée; en outre, la fréquence des accidents cardiaques a paru beaucoup moindre.

Ces faits, publiés en France par Jaccoud (1) et par Charcot (2), ont engagé quelques médecins à employer cette médication, et jusqu'ici les résultats obtenus sont de nature à provoquer de nouveaux essais.

Jaccoud a administré le bicarbonate de soude à haute dose dans cinq cas: la dose était de 20 grammes pendant les deux premiers jours, puis était élevée progressivement jusqu'à 30 et 40 grammes, où elle était maintenue aussi longtemps que durait le mouvement fébrile. Le sel était dissous dans un litre de chiendent à prendre dans les vingt-quatre heures. Voici quels ont été les effets obtenus :

« Dès le troisième jour, nous avons vu apparaître une détente salutaire dans le mouvement fébrile; ce n'était pas ce ralentissement subit du pouls, cette prostration considérable qui succède parfois à l'administration du nitrate de potasse à haute dose. Ce que nous observions, c'était un abaissement successif dans la fréquence des pulsations, et le retour graduel de la température normale; mais le phénomène qui nous a frappé le plus, c'est la diminution rapide des phénomènes douloureux....; du reste, nous n'avons pas constaté, dans la durée totale de l'attaque, une diminution proportionnelle à la rapidité de cette amélioration. »

Charcot et Vulpian ont employé la même médication dans dix-sept cas, et sont arrivés aux mêmes résultats.

Voici quelques particularités observées par Charcot pendant la durée du traitement :

Au bout de douze ou vingt-quatre heures, deux ou trois jours dans les cas intenses, les urines rendues deviennent parfaitement transparentes, elles présentent une réaction alcaline, d'abord peu marquée, puis très-intense; si l'on y ajoute quelques gouttes d'acide nitrique, il se produit une effervescence très-marquée. Ces caractères persistent deux ou trois jours après la cessation du traitement.

C'est de deux à quatre jours après l'apparition de la réaction alcaline de l'urine

(1) *Gazette hebdomadaire de med. et de chir.*, 1862, p. 465.
(2) *Ibid.*, p. 489.

que les différents symptômes, état fébrile, douleurs et gonflement articulaires, ont commencé à s'amender.

Les organes digestifs n'ont jamais présenté de troubles dignes d'être mentionnés.

Dans aucun des dix-sept cas, il ne s'est produit d'affection cardiaque appréciable.

Quelques médecins, considérant que l'abus des alcalins produit souvent un état cachectique marqué, ont craint que l'emploi du bicarbonate de soude à dose très-élevée n'augmentât encore l'anémie des rhumatisants. Jusqu'ici les faits observés ne justifient pas ces craintes. Jamais on n'a vu survenir les symptômes de la cachexie alcaline. Dans les observations de Jaccoud, de Charcot et Vulpian, la convalescence a été courte en général; jamais les malades n'ont présenté d'accidents indiquant soit une tendance aux hémorrhagies, soit une anémie très-prononcée.

L'expérience n'a pas encore définitivement prononcé sur l'efficacité de la médication dont nous venons de parler; et les essais tentés parmi nous sont trop peu nombreux pour qu'on puisse arrêter son jugement. Mais les succès que cette médication a déjà donnés, son innocuité reconnue, autorisent au moins son emploi.]

Sulfate de quinine à haute dose. — Le *quinquina* avait déjà été employé contre le rhumatisme articulaire aigu. Ce traitement est aujourd'hui complétement abandonné, et plusieurs raisons empêchent de croire qu'il soit jamais repris. On ne pourrait pas administrer le quinquina à dose comparable à celle du sulfate de quinine, en sorte qu'il n'y aurait aucun intérêt à dire comment agissaient Morton, Fothergill, Saunders, Johnson, Van Swieten, etc.

Le premier en France, Briquet (1) a expérimenté le sulfate de quinine à haute dose. D'abord il donna ce médicament à la dose de 5 *à* 6 *grammes;* plus tard il réduisit cette quantité, et se contenta de 2 *à* 4 *grammes*, faisant varier la dose suivant l'intensité de la maladie. On se contente généralement de 1^{gr},50 ou 2 grammes; rarement on en prescrit 3 grammes. Monneret a constaté qu'en prenant certaines précautions, on peut aller sans danger jusqu'à 4 et 5 grammes. « Le sulfate de quinine doit être pris exclusivement par la bouche, et dans une potion de 150 à 180 grammes. On forme cette potion avec de l'eau distillée ou une solution gommeuse que l'on édulcore avec le sirop de limon, de groseille, de framboise, etc. Le sulfate de quinine doit toujours être entièrement dissous à l'aide d'un petit excès d'acide sulfurique : il est par conséquent à l'état de bisulfate; peut-être les accidents que l'on a eu à déplorer, à l'époque où l'on essayait la médication quinique, tiennent-ils à ce que l'on a négligé de prendre la précaution que nous venons d'indiquer. Il faut ne donner la potion qu'à doses fractionnées, toutes les heures par exemple, et s'arrêter lorsque l'on aperçoit les troubles du système nerveux qui indiquent un commencement d'intoxication. Si l'on se conforme rigoureusement aux règles que nous venons de tracer, on peut prescrire le sulfate de quinine à doses élevées, et pendant longtemps, sans avoir à regretter le moindre accident sérieux (Monneret). (2) »

Lorsqu'on arrive à des doses aussi élevées d'une substance dont les qualités toxiques sont connues de tout le monde, on ne saurait avoir trop de prudence. Il serait à désirer que des expériences très-précises nous apprissent jusqu'à quel point on

(1) Briquet, *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1842, t. VIII, p. 152, 898.
(2) Monneret et Fleury, *Compendium de méd. prat.*, art. RHUMATISME, t. VII, p. 390.

eut porter, sans inconvénient, la dose du sulfate de quinine suivant la force, l'âge t le sexe des malades.

Le sulfate de quinine, à la plus haute dose à laquelle il a été donné, d'après des its cités par Briquet, Monneret et plusieurs autres médecins, apaise fréquemment s douleurs rhumatismales les plus violentes au bout de vingt-quatre ou trente-six eures; il est plus rare de voir cette amélioration remarquable se continuer ensuite ans interruption. On a cité des cas nombreux dans lesquels des douleurs complé-ement dissipées se sont reproduites avec une nouvelle violence au bout de deux ou rois jours, de telle sorte qu'il a fallu les attaquer une seconde et même une troi-ième fois avec la même vigueur. En pareil cas, le danger est dans l'administration rop longtemps continuée des doses considérables dont il s'agit.

En même temps que les douleurs se dissipent, la fièvre tombe, et de plus de 00 pulsations le pouls descend rapidement à 80 et 70. On a exagéré, sous ce rap-ort, la grande efficacité du sulfate de quinine, puisque nous avons vu plus haut u'il est rare que, dans le rhumatisme articulaire aigu, le pouls s'élève au-dessus e 90 pulsations, alors même que les douleurs sont le plus intenses. Ce qui arrive our les douleurs arrive aussi pour l'état du pouls, c'est-à-dire que, dans les recru-escences fréquentes, le pouls reprend son accélération.

Tout est subordonné au danger de l'administration de la substance toxique, car s recrudescences ne seraient pas une raison suffisante pour y renoncer, puisqu'on urait toujours la ressource de les combattre avec le même moyen efficace. On a cité es cas malheureux, et ces cas ont d'autant plus frappé les esprits, que, suivant la emarque qui a été faite précédemment, le rhumatisme articulaire aigu n'est pres-ue jamais une maladie mortelle par elle-même. On a été trop loin en attribuant à emploi du sulfate de quinine à haute dose tous les accidents qui sont survenus endant son administration. Nous avons cité plus haut un cas dans lequel, contre outes les prévisions, la maladie s'est promptement terminée par la mort; si, dans e cas, on eût administré le sulfate de quinine, on aurait accusé ce médicament de ette terminaison funeste. Il existe d'autres faits absolument semblables et ar conséquent, il faut être réservé dans ces accusations. On n'avait jamais entendu arler d'aussi nombreux accidents que depuis l'emploi des médicaments à haute ose, et du sulfate de quinine en particulier. Cette seule considération était de na-ure à faire abandonner les doses très-élevées du sel de quinine, et c'est aussi ce ui a été fait. Briquet n'administre plus aujourd'hui que des doses plus modérées, ne dépasse pas 2 ou 3 grammes.

A cette dose, le sulfate de quinine ne produit pas des résultats aussi frappants u'aux doses précédemment indiquées; c'est un fait reconnu par tous ceux qui ont is en usage ces diverses quantités du même médicament. Mais, d'après les re-erches de plusieurs auteurs et ce que nous avons observé nous-même, il est loin être sans efficacité, même après qu'on a ainsi réduit les proportions auxquelles on dministre. Au bout de deux ou trois jours, les douleurs s'apaisent, ne tardent s à disparaître plus ou moins complétement dans une assez grande majorité des s, et dès ce moment les choses se trouvent dans le même état que lorsque le sul-te de quinine a été administré à dose supérieure. Les rechutes sont-elles plus équentes après les doses modérées? C'est ce qui paraît probable, mais ce qu'il est possible encore d'affirmer en l'absence de documents suffisants.

Les affections qui compliquent le rhumatisme articulaire aigu, et en particulier l'endocardite et la péricardite, ne sont pas avantageusement influencées par l'administration du sulfate de quinine à haute dose ; rien ne prouve que, dans ces cas particuliers, le médicament ait le moindre effet défavorable.

Le sulfate de quinine n'a aucune influence sur la marche et sur l'intensité des symptômes de l'affection articulaire, lorsqu'elle est bornée à un seul article, en d'autres termes, dans les cas auxquels on a donné le nom de *rhumatisme mono-articulaire*. Il existe deux maladies aiguës spontanées ayant leur siége dans les articulations, et ayant sans doute beaucoup de symptômes communs, mais, d'un autre côté, offrant des différences trop grandes pour ne pas frapper un observateur éclairé : l'une, l'*arthrite*, est la véritable inflammation articulaire ; l'autre, le *rhumatisme articulaire aigu*, malgré les apparences, a quelque chose d'essentiellement spécial, et une étude superficielle a pu seule les faire confondre.

On doit s'abstenir de doses énormes de sulfate de quinine. Dans les cas peu intenses, on peut facilement se passer de ce médicament, des moyens fort simples amenant promptement le soulagement des malades, et la guérison étant certaine. Dans les autres cas, les doses modérées (1 gramme 50 centigrammes, ou 2 grammes) peuvent être employées, sans négliger les précautions indiquées plus haut, et l'on a lieu d'en attendre une amélioration assez marquée, tout en ne s'exposant pas à des accidents funestes.

Les recherches de H. Bourdon, Vigla, etc., sur le rhumatisme cérébral, doivent entretenir les craintes des médecins, car la mort est survenue par des accidents de ce genre dans plusieurs cas où le sulfate de quinine avait été mis en usage.

Les phénomènes par lesquels commence à se manifester l'intoxication sont les étourdissements, la titubation, les éblouissements ou un trouble quelconque de la vue, la surdité ; lorsque des idées délirantes, le soulèvement de l'estomac, l'ardeur épigastrique, en un mot, l'ensemble des phénomènes auxquels on a donné le nom d'*ivresse quinique*, vient à se manifester, le danger devient grand.

Si l'on a égard aux phénomènes immédiats produits par ce sel, c'est principalement à son action sur le système nerveux que le sulfate de quinine doit ses effets avantageux dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. On voit, dans cette affection, comme, au reste, dans toutes les maladies douloureuses, la douleur disparaître dès que le délire survient ; c'est au point qu'un sujet qui, auparavant, ne pouvait pas supporter le moindre mouvement, se lèvera de son lit, agitera ses membres, etc. Un commencement d'ivresse quinique ne doit-il pas avoir un effet analogue ? On objectera, que, dans un certain nombre de cas, non-seulement la douleur a été calmée, les articulations ont repris leur souplesse, mais encore la marche de la maladie a été arrêtée. Ces faits nous prouvent que l'action sur le système nerveux n'est pas la seule, mais non qu'elle n'est pas la principale ; car on conçoit très-bien que la douleur excessive, les autres symptômes locaux, l'insomnie qui en résulte, peuvent entretenir l'état fébrile pendant un temps assez long, et que si on les fait cesser, on peut abréger beaucoup la maladie. Car si l'on admet la justesse de cette considération, on sera porté à pousser l'action du sulfate de quinine jusqu'à un commencement d'ivresse, tout en surveillant attentivement les phénomènes.

Voici les conclusions d'un travail très-consciencieux de Vinet (1). Ces conclusions sont ce que nous avons aujourd'hui de plus précis sur ce sujet, et elles résument très-bien ce point de thérapeutique.

« 1° Le bisulfate administré aux doses croissantes de 1, 2 et même 3 grammes dans les vingt-quatre heures pendant un certain nombre de jours, pourvu que les doses soient fractionnées, chez les malades affectés de rhumatisme articulaire, ne produit aucun accident grave ; les effets sont seulement incommodes aux malades. Mais si la dose de 3 grammes n'est pas convenablement fractionnée, ou bien si les prises ne sont pas suffisamment séparées les unes des autres, il pourra survenir de vomissements, des défaillances, des troubles vers le cerveau.

» 2° Les troubles vers les sens de l'ouïe, de la vue, vers le cerveau, apparaissent en général les premiers, et sont beaucoup plus nombreux, beaucoup plus incommodes que ceux qui se produisent vers le tube digestif. Les troubles sont le plus souvent en rapport direct, par leur intensité, avec les quantités de médicament ingéré et l'excitabilité plus ou moins prononcée des individus : d'où la nécessité de proportionner les doses aux forces, au tempérament des sujets ; ces troubles cèdent en général peu de temps après que l'on a suspendu l'emploi du sulfate de quinine.

» 3° La présence du sulfate de quinine dans les urines des malades qui ont été soumis à son action se constate au moyen du biiodure de potassium.

» 4° Le sulfate de quinine, donné aux doses modérées indiquées ci-dessus, produit une sédation remarquable, et quelquefois très-prompte, sur la circulation et les douleurs dans le rhumatisme articulaire.

» 5° Il exerce sur l'ensemble de cette maladie une action incontestable, puissante. Dans la moitié des cas, cette action est prompte, durable ; dans l'autre moitié, elle est lente, incertaine et ne prévient pas les rechutes ; dans quelques cas exceptionnels, elle est nulle.

» 6° Les cas où son action semble le plus favorablement s'exercer sont en général ceux où les symptômes tant locaux que généraux sont le plus prononcés.

» 7° Dans les cas où il procure une guérison prompte, il peut prévenir un développement des complications cardiaques ; dans les cas où son action est plus lente, il ne semble pas influencer défavorablement les complications qui peuvent naître ou qui peuvent coexister vers les organes intérieurs. Ces complications ne peuvent donc nullement contre-indiquer son emploi. Comme il est insuffisant à résoudre seul certaines de ces affections, il est nécessaire de lui adjoindre dans ces cas les moyens sanctionnés par l'expérience comme les plus propres à les combattre avantageusement.

» 8° Il produit ses effets thérapeutiques d'autant plus promptement en général, qu'il est administré à plus forte dose : c'est souvent à la suite d'une perturbation nerveuse un peu intense que se voient les effets thérapeutiques les plus remarquables.

» 9° Administré pendant la rechute, il produit les mêmes effets que pendant la première période de la maladie.

Vomitifs. — Peu de médecins ont conseillé, comme moyens curatifs, les vomi-

(1) Vinet, *Traitem. du rhumat. articulaire aigu par le sulfate de quinine*, thèse. Paris, 1847.

tifs à dose modérée. En général, on ne les administre que dans quelques circonstances particulières et lorsqu'on suppose qu'il existe un état saburral de l'estomac. Scudamore et Horn (1) affirment avoir obtenu de bons effets des vomitifs répétés. Cette assertion est dépourvue de preuves, et c'est pourquoi nous passons outre.

Récamier a recommandé l'*oxyde blanc d'antimoine*. Voici comment il l'administrait :

℞ Looch blanc,

ou bien :

Mucilage de gomme adrag... 120 gram.	Oxyde blanc d'antimoine...... 1 gram.

Mêlez. Agitez le mélange avant de le prendre. Dose : une ou deux cuillerées à soupe toutes les deux heures.

On élève chaque jour graduellement la dose de l'oxyde blanc d'antimoine jusqu'à 1 gramme 50 centigrammes ou 2 grammes. Efficacité difficile à établir.

Purgatifs. — Les médicaments dont il va être question ici ne sont pas regardés, plus que les vomitifs, comme ayant une grande efficacité. On se contente, en général, de les administrer pour entretenir la liberté du ventre, et pour empêcher les efforts douloureux pour aller à la garderobe. Cependant Cullen voulait qu'on donnât les purgatifs à doses élevées, et quelques médecins attachent une certaine importance à cette médication. Rien ne prouve qu'ils aient raison, et la pratique ordinaire doit seule être conseillée. Or, comme il s'agit uniquement de procurer des selles modérées au malade, et que l'on peut considérer la substance purgative comme indifférente, nous n'entrerons pas à ce sujet dans de plus grands détails, et nous nous contentons de dire qu'on emploie l'*huile de ricin*, l'*eau de Sedlitz*, le *jalap*, la *scammonée*, etc.

Le *calomel* a une double action; aussi le retrouverons-nous parmi les mercuriaux. Il est fréquemment donné en Angleterre à dose purgative aussi bien qu'à dose altérante. Dans le premier cas, on en donne 50 à 60 centigrammes. Il faut surveiller attentivement, dans son emploi, l'état de la bouche, car quelquefois la salivation se produit très-promptement. Aucun travail exact ne nous permet de dire l'effet de ce médicament sur la marche de la maladie et sur l'intensité des symptômes. Dans les pays où on le met en usage, c'est par tradition, mais nullement parce qu'on en a constaté les bons effets d'une manière rigoureuse.

Want fut le premier qui fit connaître l'efficacité du *colchique* dans les affections articulaires; mais comme c'est principalement dans le traitement de la *goutte* qu'il a observé ces résultats, nous indiquerons la préparation qu'il recommande en parlant de cette maladie (voy. GOUTTE). Parmi les auteurs qui ont préconisé ce remède, nous trouverons Everard Home, les docteurs Williams, Copland, Chelius, etc.

Les uns prescrivent la *teinture de semences*, les autres la *teinture de bulbes*, d'autres le *vin de colchique*. Nous indiquerons ces préparations, parce qu'il est important qu'elles soient bien faites, l'usage du médicament pouvant être très-dangereux.

(1) Horn's *Arch. fur Mediz. Erfahrung*. Berlin, 1808.

Teinture de semences de colchique.

♃ Semences de colchique.... 64 gram. | Alcool à 35°.............. 500 gram.

Faites macérer pendant huit jours et filtrez. Dose : d'abord vingt ou trente gouttes, dans l'eau sucrée ou de la tisane. Augmentez ensuite la dose graduellement, en surveillant l'état l'estomac et les intestins, qui peuvent s'irriter facilement. A dose modérée, ce médicament t rangé parmi les *diurétiques*, mais c'est réellement un éméto-cathartique.

La dose précédente doit être augmentée graduellement, mais il ne serait pas rudent de dépasser 3 ou 4 grammes.

Teinture de fleurs de colchique.

♃ Fleurs sèches de colchique. 30 gram. | Eau-de-vie .... 500 gram.

Faites macérer ; exprimez au bout de huit jours.

Buschell préfère cette préparation qu'on administre comme la précédente.

Teinture de colchique composée.

♃ Semences de colchique... 150 gram. | Esprit de sel ammoniac aromat. 1100 gram.

Cette préparation, qui appartient au docteur Williams, est regardée comme plus ctive que les autres. Elle s'administre de la même manière que les précédentes.

Vin de colchique.

♃ Bulbes de colchique frais. 100 gram. | Alcool à 22°............... 10 gram.
Vin de Malaga......... 55 gram.

Faites macérer pendant huit jours. Dose : vingt à quarante gouttes dans une potion. — n augmente graduellement la dose jusqu'aux limites précédemment indiquées.

Nous pourrions encore citer le *sirop de colchique*, la *teinture de bulbes de colchique*, etc. ; mais les préparations précédentes suffisent.

Que faut-il penser de l'efficacité de ce médicament ? Il a été essayé en France, t, après en avoir vanté les bons effets, on l'a abandonné. Les auteurs qui l'ont re-ommandé n'ont pas démontré son efficacité d'une manière rigoureuse ; enfin on a gnalé des cas dans lesquels des accidents ont été produits, et ces considérations ne ont pas de nature à engager à recourir à un pareil traitement.

Vératrine. — Piedagnel (1) a substitué la *vératrine* à la teinture de colchique ; il dministre ce médicament par pilules d'un demi-centigramme chacune. Le pre-mier jour, il prescrit trois de ces pilules, une le matin, une à midi, une le soir ; haque jour il augmente d'une, et va ainsi jusqu'à dix. L'action de ce médicament 'est pas encore complétement jugée. Il n'est pas permis de se prononcer d'une manière définitive. Il faut en surveiller les effets, car il peut survenir des troubles onctionnels assez sérieux, si l'on n'agit pas avec prudence. Aran a également xpérimenté ce médicament.

(1) Piedagnel, *Journal des connaissances méd.-chir.*, 1er août 1852.

Narcotiques. — Les narcotiques ont été fréquemment mis en usage dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu. Dans la médication ordinaire, on se contente d'administrer 5, 10 ou 15 centigrammes d'opium, dans le but de rendre les douleurs plus supportables, surtout la nuit; mais souvent on a fait des narcotiques le médicament principal, et alors on a porté le médicament à une dose plus élevée, à l'exemple de Requin et de Corrigan (1). Ce dernier médecin a administré jusqu'à 60 centigrammes d'opium par jour.

L'*opium à l'intérieur* peut être porté à 20, 30 et même 40 centigrammes graduellement, et quelquefois, comme on vient de le voir, on a encore augmenté cette dose. On a, dans ces derniers temps, préconisé les *sels de morphine* appliqués suivant la méthode endermique. Suivant Trousseau et Bonnet (2), les sels de morphine agissent presque exclusivement par leurs effets locaux ; aussi, bien qu'ils aient réussi à faire disparaître assez promptement les douleurs dans certaines articulations, ils n'ont produit aucun effet bien marqué sur la marche de la maladie, et la douleur dissipée dans un point, ne tardait pas à se porter dans un autre. Pour appliquer ainsi la morphine, on place sur l'articulation malade un *petit vésicatoire ammoniacal*, que l'on pose deux fois par jour avec 1 ou 2 centigrammes d'*hydrochlorate de morphine*. On multiplie les vésicatoires suivant le nombre des articulations malades.

Ce qui prouve que cette administration de la morphine par la méthode endermique n'a pas une grande efficacité, c'est que Trousseau recommande d'en seconder les effets par l'emploi des purgatifs.

La *belladone* n'a guère été employée qu'à l'extérieur. Blakett a prescrit les *bains de belladone*, que l'on compose en faisant dissoudre dans l'eau du bain 30 grammes d'extrait de belladone. Cet auteur ne cite qu'un seul fait à l'appui de cette médication. D'autres auteurs ont prescrit des frictions avec des liquides contenant de la belladone ; on a appliqué des cataplasmes faits avec une décoction de cette plante, etc. Nous n'insistons pas sur ces moyens, qui n'ont rien de spécial ; aussi nous contenterons-nous de citer, sans plus d'explications, la *jusquiame*, l'*aconit*, la *ciguë*, la *douce-amère*, la *poudre de Dower*, comme ayant été vantés, et d'indiquer la formule suivante, dans laquelle on trouve des narcotiques unis à d'autres substances ; elle appartient à Brera :

Acétate de morphine....	5 centigram.	Aconit...............	20 centigram.
Acide acétique distillé..	q. s.	Réglisse en poudre....	3 gram.
Sulfure d'antimoine....	10 centigram.	Miel despumé........	q. s.

Faites huit bols. Dose : un toutes les deux heures.

Clertan (3) associe le *sulfate de morphine* à la dose progressive de $0^{gr},01$ à $0^{gr},07$ par jour avec l'*extrait d'aconit* de $0^{gr},1$ à $0^{gr},2$. « Depuis vingt-cinq ans, dit ce médecin, je n'ai jamais vu un rhumatisme, quelque intense qu'il fût, résister plus de quinze jours à l'emploi de ce traitement. » C'est à l'observation ultérieure à éclairer définitivement sur ce point; remarquons toutefois que la durée de quinze jours pour le traitement est déjà considérable.

(1) Corrigan, *Journal des connaissances méd.-chir.*, avril 1840.
(2) Trousseau et Bonnet, *Rech. sur les préparat. de morphine dans le traitement du rhumatisme, articulaire ou goutteux* (*Arch. de méd.*, 1832).
(3) Clertan, *Journal des connaissances méd. prat.*, août 1852.

Mercuriaux. — Nous avons déjà parlé du calomel comme purgatif ; on en fait également un usage fréquent en Angleterre, à dose altérante. On en administre 5, 10, 15 centigrammes par jour, à doses fractionnées et à intervalles égaux, pendant qu'on emploie les préparations mercurielles à l'*extérieur*.

Les autres préparations mercurielles administrées à l'intérieur, comme la *liqueur de Van Swieten*, les *pilules de deutochlorure*, etc., ont été principalement dirigées contre le rhumatisme articulaire chronique; suivant Nieman, le *mercure associé à l'opium* est le meilleur moyen à opposer au rhumatisme articulaire aigu ; cette assertion a grand besoin de preuves.

A l'*extérieur*, le mercure est employé presque uniquement sous forme de *frictions avec l'onguent mercuriel.* On a publié (1) quelques faits dans l'intention de démontrer l'efficacité de cette médication ; mais ces faits sont insuffisants, et nous n'en possédons pas d'autres plus concluants ; en sorte que c'est là encore un moyen qu'il faut se contenter de signaler au praticien, sans le juger définitivement. Les frictions avec l'onguent mercuriel doivent être faites sur toutes les articulations malades et répétées deux ou trois fois par jour. On doit employer chaque fois une dose considérable d'onguent mercuriel (4, 8, 15 grammes), en en répartissant la quantité totale sur les points affectés, suivant l'intensité des symptômes.

Leclercq ( ) a rapporté sept observations pour prouver l'efficacité du *calomel à doses réfractées* dans le rhumatisme articulaire aigu. Déjà cette médication avait été suivie par Robert-Law (3) et Duclos (4). Blache (5) l'a également expérimentée et, dans les cas qu'il a cités, les symptômes se sont rapidement améliorés. Les observations de ce dernier médecin ont plus d'importance que toutes les autres, parce qu'il a administré le calomel à peu près seul. Cette substance est administrée de la manière suivante :

℞ Calomel........... 5 centigram.	Sucre en poudre............ 5 gram.

Divisez en douze paquets. A prendre d'heure en heure dans une cuillerée d'eau.

Dans les cas cités, le rhumatisme n'a cédé qu'au bout de plusieurs jours, et l'on doit multiplier les expériences avant de se prononcer sur la valeur du remède.

Compression. — Nous parlerons, dans l'article consacré à l'arthrite aiguë simple, de la compression exercée sur l'articulation malade; le même moyen, suivant les auteurs, a été employé avec succès dans le rhumatisme articulaire aigu, et l'on a cité, à l'appui de cette assertion, les faits rapportés par Varlez (6); quelques-uns des faits publiés par Varlez peuvent être regardés comme des exemples d'*arthrite aiguë*, et quant aux autres, on voit qu'il n'y a eu qu'un petit nombre d'articulations prises (trois au plus), et que ces articulations peuvent être facilement comprimées. Ce sont, en effet, les poignets, les genoux, les cous-de-pied. Ce n'est donc que dans des circonstances particulières que ce moyen peut être employé. Sous son influence,

(1) *Gazette médicale de Montpellier.*
(2) Leclercq, *Union médicale*, 16 juin 1849.
(3) Robert-Law, *The Dublin Journ. of med. sciences.*
(4) Duclos, *Bulletin gén. de thérap.*, 1846.
(5) Blache, *Union médicale*, 16 juin 1843.
(6) Varlez, *De l'utilité de la compression contre les phlegmasies articulaires connues sous le nom de rhumatisme articulaire aigu*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, t. XIV, 1re série, 1827).

Varlez a vu d'abord les douleurs augmenter notablement, puis disparaître avec promptitude. Il pratiquait la compression à l'aide d'un bandage roulé sur une grande étendue du membre, et l'on arrosait ensuite le bandage avec une décoction émolliente. Ce qui diminue encore la confiance qu'on peut avoir dans ce traitement, c'est qu'il n'a pas été employé seul, et qu'on a eu recours, dans plusieurs cas, aux émissions sanguines locales.

Bandage inamovible. — Forget, de Strasbourg (1), a employé le *bandage inamovible amidonné.* Il a vu au bout de peu de temps ce moyen calmer les douleurs, et permettre aux malades des mouvements qu'ils ne pouvaient pas faire auparavant. Ce moyen local mérite d'être expérimenté de nouveau.

Hydrothérapie. — Louis Fleury (2) a obtenu une guérison complète dans des cas de rhumatisme aigu, à l'aide de la *douche froide*, de la *sudation.*

Andrieux, de Brioude (3), a cité deux cas dans lesquels l'application de l'*eau froide*, à l'aide de l'enveloppement dans des draps mouillés, a promptement fait cesser les douleurs du rhumatisme articulaire aigu, et a procuré une prompte guérison. Il faudrait des faits plus nombreux pour se prononcer sur ce traitement.

Vésicatoires. — M. le docteur Dechilly a employé, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, les *larges vésicatoires volants* sur toute l'étendue des articulations malades pendant la période la plus aiguë. Cette méthode, qui n'est pas tout à fait nouvelle, ainsi que l'a fait remarquer Martin-Solon dans son rapport sur le mémoire de Dechilly, a donné lieu à une grande discussion à l'Académie de médecine (4), et il est résulté de l'examen des observations faites par plusieurs membres, et en particulier par Michel Lévy, que ces observations n'étaient pas aussi concluantes en faveur de ce traitement que paraissait le croire l'auteur. Il n'a d'autres avantages que de hâter la résolution dans quelques articulations plus ou moins gonflées et douloureuses.

Anesthésiques. — Aran a rapporté des faits intéressants en faveur de l'emploi local du *chloroforme* et de la *liqueur des Hollandais* (éther chlorhydrique chloré). Il a vu que les applications de ces substances non-seulement calment les douleurs, mais encore apaisent les symptômes généraux. La liqueur des Hollandais a sur le chloroforme le grand avantage de ne pas enflammer la peau.

Moyens divers. — Nous mentionnerons d'abord le *gaïac*, vanté par Seymour (5) et Peraire (6). Le premier a employé le gaïac après la saignée, et n'ayant pas fait la part de ce dernier moyen, il n'a pas suffisamment fait connaître l'efficacité de cette substance. Le second a mis en usage la préparation suivante :

Gaïac porphyrisé	4 gram.	Acétate de morphine	5 centigram.
Feuilles d'oranger	5 gram.		

Mêlez. Divisez en seize paquets. Dose : un toutes les deux heures, dans une infusion béchique.

(1) Forget, *Traitem. mécanique du rhumat. articulaire aigu* (*Bull. gén. de thérap.*, juin 1848). — *Principes de thérapeutique générale et spéciale.* Paris, 1860, p. 568.
(2) Fleury, *Séances de l'Acad. des sciences*, 21 janvier 1850.
(3) Andrieux (de Brioude), *Union médicale*, 23 mars 1848.
(4) Voy. le rapport de Martin-Solon et la discussion dont il a été l'objet (*Bulletin de l'Acad. de médecine.* Paris, 1850, t. XV, p. 665 et suiv.).
(5) Seymour, *Rapport sur la médecine la plus effic. dans le trait. du rhum. art. aigu* (*Gaz. méd.*, 1838).
(6) Peraire, *De l'emploi du gaïac en poudre dans le rhum. articul. aigu* (*Gaz. méd.*, 1843).

D'une part, on voit que, dans ce traitement, on a mis en usage l'acétate de morphine, dont l'action doit entrer en ligne de compte, et de l'autre, les faits rapportés par Peraire ne sont pas assez concluants pour mettre complétement hors de doute l'efficacité du gaïac.

Iodure de potassium. — Bogros (1) annonce qu'il a obtenu de bons résultats par le traitement suivant, qui est compliqué, mais dont le moyen le plus actif paraît être l'iodure de potassium :

1° Pour tisane, infusion de tilleul avec addition de 4 grammes de *carbonate de soude* par litre.

2° ♃ Eau de tilleul........	150 gram.	Teinture de digitale.........	2 gram.
Iodure de potassium....	4 gram.	Sirop de morphine..........	32 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les trois heures.

3° Pratiquer sur les membres des embrocations avec parties égales de *baume tranquille* et d'*huile camphrée.*

Ce médecin a recueilli bon nombre d'observations à l'appui de ce traitement, mais il n'en cite qu'une.

Jus de citron. — Ciraud (2), encouragé par les résultats obtenus par Perkins (de Bruxelles), a employé chez un malade dont il cite l'observation, le jus de citron, à la dose de 3 onces par jour, concurremment avec quelques légers purgatifs, et l'on a vu ce cas très-grave guérir rapidement sous l'influence de cette médication. Ce moyen si simple mérite d'être expérimenté de nouveau.

Nous nous bornerons à énumérer les médicaments dont voici la liste : *soufre ; sous-carbonate de fer ; camphre en fumigation* (3) ; l'*huile essentielle de térébenthine* (12 *grammes d'huile éthérée* mêlée à du *miel*) ; la *teinture* et l'*extrait d'artichaut* (4) ; la décoction rapprochée de *ballota lanata* (5).

J. Floyer a vanté les bons effets du *bain froid ;* il commençait par tirer du sang, par purger, et faisait plonger le malade dans un bain froid, lorsqu'il n'y avait plus de chaleur ni de sueur à la peau (6). On voit que dans ce traitement, le bain froid n'a qu'une importance très-secondaire.

Vogel prescrivait le *nitrate de potasse en lavement :*

♃ Nitrate de potasse	4 à 6 gram.	Petit-lait.......	q. s. p. un lavement.

A prendre le soir, pendant l'exacerbation. Garder ce lavement la nuit.

Viennent ensuite la *digitale pourprée* (Robert Thomas) ; le *polygala de Virginie* (Sarcone); le *tartre stibié en solution* à l'extérieur, recommandé par Delpech, qui l'appliquait ainsi qu'il suit :

♃ Tartre stibié....	15 à 20 centigram.	Eau distillée............	240 gram.

Faites des fomentations sur les articulations douloureuses.

(1) Bogros, *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 15 septembre 1852.
(2) Ciraud, *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 16 mai 1851.
(3) Dupasquier, *Revue méd.*, juin 1826, et *Journ. des conn. méd.-chir.*, décembre 1834.
(4) Copeman, *Extrait des journ. anglais*, dans *Gazette médicale de Paris*, 1837.
(5) Brera, *Journ. it.*, dans *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 1835.
(6) Floyer, in *Hist. de l'Acad. roy. des sciences*, 1770.

Mais en voilà assez sur ces médicaments qui n'ont pas pour eux la sanction de l'expérience.

Nous avons indiqué plus haut les *saignées modérées.* Ce moyen fait partie d'un traitement qu'on peut appeler le traitement ordinaire du rhumatisme articulaire aigu, et que, pour cette raison, nous exposerons ici. Il a été formulé par Chomel ainsi qu'il suit : *Au début :* Saignées répétées une ou deux fois au plus ; applications de sangsues, si l'articulation est le siége de douleurs intolérables ; *cataplasmes émollients*, surtout si le malade éprouve une sensation de froid ; *bains tièdes*, avec toutes les précautions nécessaires pour éviter le refroidissement ; *boissons fraîches*, en petite quantité, de demi-heure en demi-heure, si les sueurs sont abondantes ; température de la chambre à 12° R. ; sommier de crin au lieu d'un matelas de laine. Dans les cas de douleurs atroces, faire usage, s'il se peut, d'un lit mécanique qui rende les mouvements moins douloureux. Donner aux articulations malades une position élevée à l'aide d'oreillers.

Quant au *régime*, il consiste d'abord dans une diète absolue, mais il ne faut pas tarder, lorsque la fièvre a notablement diminué, à permettre quelques aliments légers, et dès qu'elle a complétement disparu, on rend graduellement la nourriture plus substantielle.

Lorsque la maladie est vers son déclin, *sudorifiques* et surtout *bains de vapeur.*

Si la maladie se complique de péricardite ou de pleurésie, combattre la phlegmasie intercurrente par de nouvelles saignées générales et locales, et maintenir le malade à une diète sévère.

Résumé. — Le traitement auquel Chomel a recours suffit dans les cas peu intenses dans lesquels il n'y a qu'un petit nombre d'articulations atteintes à la fois, et qui ne présentent qu'un léger mouvement fébrile.

Si la réaction fébrile était plus considérable et les douleurs plus grandes, on devrait, d'après les faits rapportés plus haut, recourir au sulfate de quinine à la dose de 1 gramme 50 centigrammes ou 2 grammes ; et si le cas était encore plus violent, il faudrait, tout en administrant ce dernier médicament, insister davantage sur les émissions sanguines.

Des narcotiques à dose modérée : l'opium, la poudre de Dower, etc., sont administrés dans le but de rendre les douleurs moins insupportables et d'exciter les sueurs, en même temps que les autres moyens combattent efficacement la maladie.

Quant au nitrate de potasse à haute dose, nous avons indiqué plus haut les motifs qui font hésiter dans son emploi, et pour tous les autres médicaments, nous pouvons dire qu'ils n'ont pas en leur faveur des faits assez concluants.

Le traitement ordinaire ne varie, en effet, que du plus au moins, suivant l'intensité de la maladie ; quant aux médications spéciales, nous les avons suffisamment fait connaître.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

Émissions sanguines modérées ; saignées coup sur coup ; tartre stibié à haute dose ; nitrate de potasse à haute dose ; [alcalins à haute dose] ; sulfate de quinine à haute dose ; vomitifs ; purgatifs ; calomel ; colchique ; narcotiques ; mercuriaux ; compression ; vésicatoires ; anesthésiques ; moyens divers ; régime.

ARTICLE II.

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.

On a décrit sous ce nom toutes les douleurs à marche chronique qui ont leur siége dans les articulations ou aux environs, et qui s'accompagnent ou non du gonflement de ces parties. D'où il est résulté, comme on peut facilement s'en assurer en parcourant les faits présentés par les auteurs, qu'on a confondu dans une même description de simples douleurs musculaires ou nerveuses, les tumeurs blanches et le rhumatisme articulaire chronique. La première erreur est la moins fâcheuse, car il a suffi d'étudier plus attentivement les faits pour apprendre promptement à distinguer les cas. Il n'en est pas de même de la seconde, et aujourd'hui encore on voit les auteurs attribuer au rhumatisme articulaire chronique les lésions trouvées dans les affections connues sous le nom vague de *tumeurs blanches*, tandis que rien ne prouve que ces tumeurs soient la conséquence de l'affection dont nous nous occupons ici.

Dans les *Leçons cliniques* de Chomel, publiées par Requin, la description du rhumatisme articulaire chronique et celle de la *goutte* se trouvent tellement mêlées, qu'il est impossible de distinguer ce qui appartient à l'une et à l'autre de ces maladies.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

« Nous pensons, disent Monneret et Fleury, nous rapprocher autant que possible de la vérité en considérant l'arthro-rhumatisme chronique comme la forme chronique de la plegmasie rhumatismale qui, après s'être manifestée une ou plusieurs fois sans laisser de trace de son passage, ne s'est pas terminée par une guérison complète, à cause de la prédisposition, ou de conditions morbides particulières. Il en résulte alors une ou plusieurs de ces altérations graves que l'on s'accorde à désigner sous le nom de *tumeurs blanches* (induration, suppuration, érosion des cartilages, etc.). On ne comprendrait pas pourquoi un certain nombre de tumeurs blanches n'auraient pas pour origine le rhumatisme chronique, lorsqu'on voit les phlegmasies aiguës ou chroniques des autres membranes séreuses provenir de causes très-diverses. »

La valeur de ces raisons peut être contestée. D'abord il est des cas, et l'on en trouve dans les auteurs, où le rhumatisme articulaire chronique n'a pas été la conséquence de l'apparition plusieurs fois répétée de l'affection rhumatismale aiguë ou subaiguë ; en second lieu, rien ne prouve que les tumeurs blanches soient produites par le rhumatisme ; enfin, il ne faut pas se borner à invoquer la possibilité de l'influence rhumatismale, il faut démontrer cette influence par les faits : c'est là précisément le fond de la question.

Sans prétendre donner une définition à l'abri de tout reproche, nous dirons que le rhumatisme articulaire chronique consiste dans une douleur ordinairement accompagnée de gonflement, continue, mais avec des exacerbations, et envahissant plusieurs articulations à des époques plus ou moins éloignées. Cette définition, qui est un sommaire des principaux symptômes, est la seule qu'on puisse présenter.

On a décrit cette maladie sous les noms d'*arthrite chronique*, d'*arthrite rhumatismale*, de *douleurs articulaires*, etc.

Si l'on ne confond pas sous ce nom une foule d'affections qui n'ont entre elles que des ressemblances insuffisantes, on ne peut pas dire que le rhumatisme articulaire soit très-fréquent ; il l'est beaucoup moins que le rhumatisme musculaire.

§ II. — Causes.

Dans quelques cas, on voit le rhumatisme articulaire, d'abord aigu, finir par prendre la marche chronique ; plus souvent les sujets accusent l'exposition prolongée au froid et à l'humidité d'avoir produit leur affection, qui s'est d'abord développée avec son caractère chronique. C'est dans les *climats* froids et humides qu'elle est observée le plus fréquemment. Chomel et Requin font entrer en ligne de compte l'hérédité ; mais ils parlent en même temps du rhumatisme et de la goutte, en sorte que nous ne connaissons rien de positif sur ce point.

§ III. — Symptômes.

On a divisé, pour la description des symptômes, le rhumatisme articulaire chronique en léger et en intense.

Les symptômes du *rhumatisme articulaire chronique léger* sont les suivants : Douleur dans une ou plusieurs articulations, sans gonflement, sans altération de la peau ; n'augmentant pas par la pression ; augmentant par le mouvement, permettant néanmoins encore la marche et le travail. Le froid exaspère cette douleur, tandis que la chaleur la diminue. Quelquefois, suivant les auteurs, la douleur serait remplacée par un sentiment de fraîcheur.

Nous ne doutons pas qu'on ait donné bien des fois le nom de rhumatisme articulaire chronique léger à des névralgies peu intenses occupant un espace limité, la hanche, par exemple, et dont on ne savait pas découvrir les vrais caractères. Quand il s'agit d'affections consistant en de simples douleurs, on ne saurait examiner les parties avec trop de soin, et c'est ce qu'on ne fait pas ordinairement.

Rhumatisme articulaire chronique intense. — La *douleur* est nécessairement un des principaux caractères du *rhumatisme articulaire intense ;* elle est moins vive que celle du rhumatisme articulaire aigu, et fréquemment elle est complétement nulle lorsque l'articulation reste dans une complète immobilité. Lorsque la maladie n'a pas fait de très-grands progrès, les *mouvements* sont encore possibles dans une certaine limite ; mais dès qu'on veut dépasser cette limite, la douleur devient insupportable, et égale presque celle du rhumatisme articulaire aigu.

Les articulations douloureuses présentent un *gonflement* plus ou moins notable lorsqu'elles ne sont pas recouvertes d'une grande épaisseur de parties molles, comme les genoux, les poignets, etc. Dans le cas contraire, et surtout lorsque ce sont les épaules qui sont affectées, on n'observe pas de gonflement sensible. Ce gonflement détermine une déformation très-variable des articulations, ce qui tient à ce qu'il n'est pas égal partout. [Il est dû à la fois à l'épaississement avec induration des parties molles périarticulaires, et aux productions osseuses de formation nouvelle qui se développent au niveau des épiphyses. Quelquefois aussi, il se fait un épanchement de liquide plus ou moins abondant, et le gonflement est produit aussi par cette hydarthrose ; il est d'ailleurs plus commun que la cavité articulaire soit sèche,

et cet état de sécheresse se traduit par un frottement plus ou moins rude, quand on imprime à l'articulation de légers mouvements.]

La *peau* qui recouvre l'articulation tuméfiée ne présente rien de remarquable, à moins qu'il n'y ait une reproduction de l'état aigu, comme cela se voit quelquefois, auquel cas elle rougit un peu. La *chaleur* de l'articulation malade n'est pas augmentée.

De l'immobilité à laquelle sont condamnées les parties dont les mouvements viennent retentir dans l'articulation, résulte leur *atrophie ;* c'est ainsi, par exemple, que, dans un rhumatisme articulaire chronique occupant le poignet, on voit les doigts, qui ne peuvent se mouvoir sans que les tendons impriment ce mouvement à l'article, s'amincir et même perdre le libre jeu de leurs articulations propres. L'*ankylose* n'est pas rare. [Elle est complète ou incomplète. Un grand nombre de causes peuvent la produire, ce sont les ossifications des tendons, des ligaments et de presque toutes les parties molles qui entourent l'article, ou bien les brides fibreuses qui se sont formées dans l'intérieur même de la synoviale, ou encore les déformations si communes des extrémités articulaires des os.]

Les *symptômes locaux* qui viennent d'être décrits diffèrent de ceux du rhumatisme articulaire aigu en ce qu'ils ne se déplacent pas rapidement, comme ceux-ci, pour se porter d'une articulation à l'autre. Mais nous verrons, en parlant de la marche du rhumatisme articulaire chronique tel que nous l'entendons, qu'il y a néanmoins quelque chose d'analogue.

Cependant les *fonctions digestives* se font librement, sauf, dans quelques cas, un peu de constipation. Ce n'est que dans les cas où le rhumatisme articulaire chronique occupe un grand nombre d'articulations et tient les malades dans une immobilité absolue, qu'on voit les digestions languir et un léger mouvement fébrile se manifester, surtout le soir. Il n'y a pas d'autres symptômes généraux qui méritent d'être mentionnés. En parlant de la marche de la maladie, nous ferons connaître les exacerbations auxquelles elle donne lieu.

Dans les cas de rhumatisme articulaire chronique généralisé, condamnant les malades à l'immobilité absolue, on voit se produire vers le sacrum ou sur l'une des deux hanches, en un mot, sur le point sur lequel porte le poids du corps, suivant le décubitus du malade, une ou plusieurs *eschares*, qui sont l'origine de la fièvre et à la suite desquelles les malades succombent souvent, soit que les progrès de la mortification des tissus aient suffi pour occasionner cette terminaison fâcheuse, soit qu'une phlegmasie intercurrente soit venue emporter le malade.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Il arrive quelquefois qu'au début une douleur subaiguë, avec un gonflement léger, se montre dans une articulation, puis disparaît, puis se montre dans une autre articulation, et ainsi de suite, jusqu'à ce qu'après être revenue plus ou moins souvent dans les mêmes points, elle finit par y rester fixée. Ce sont les cas de ce genre qui ont motivé la définition présentée par les auteurs du *Compendium de médecine*, mais le plus souvent la douleur et la tuméfaction restent fixes dans l'articulation primitivement affectée; seulement il y a des espaces de temps plus ou moins longs dans lesquels elles diminuent notablement, pour revenir ensuite avec une nouvelle intensité. Plus tard, une autre articulation se prend, puis une autre,

puis une autre encore, et quelquefois elles s'affectent toutes successivement, de telle sorte que, au bout d'un certain temps, le moindre mouvement, dans quelques parties du corps qu'il se passe, détermine des douleurs très-vives. On a remarqué que c'est pendant la nuit que ces douleurs sont le plus violentes. Faut-il, comme on l'a fait, attribuer ce résultat à la chaleur du lit ? Nous ne le pensons pas. Ce qui prouve que cette cause n'a pas l'action qu'on lui attribue, c'est que d'abord la chaleur calme presque toujours les douleurs rhumatismales chroniques, et, en second lieu, que lorsqu'un malade qui peut encore se lever entre dans un lit chaud, il se sent soulagé. Si le malade s'endort, au bout d'un certain temps il peut être réveillé par des mouvements involontaires qui exaspèrent ses douleurs; ou bien une position vicieuse ayant été prise par lui, au réveil les articulations se trouvent beaucoup plus endolories. Si, au contraire, il veille, la position qu'il prend lui paraît d'abord agréable, mais, au bout d'un temps variable, la contraction involontaire des muscles rend les articulations douloureuses, un changement de position devient nécessaire, et les douleurs augmentent. Chez les sujets qui restent au lit et qui s'endorment pendant le jour, on remarque la même exacerbation que pendant la nuit.

Une fois établi, le rhumatisme articulaire chronique ne reste pas ordinairement stationnaire, et d'un autre côté, il ne fait pas de progrès continuels. Voici, en effet, ce qu'on remarque dans un bon nombre de cas : La douleur et le gonflement articulaires sont, à des époques variables, au summum d'intensité, puis, soit spontanément, soit sous l'influence du traitement, ces symptômes s'apaisent, de telle sorte qu'on peut croire la maladie en voie de guérison; mais le plus souvent ce n'est là qu'une amélioration passagère, et au bout d'un certain temps, les symptômes locaux reprennent une nouvelle intensité.

La *durée* du rhumatisme articulaire chronique est indéterminée; c'est une affection qui dure ordinairement très-longtemps, et qui le plus souvent n'occasionne pas la mort par elle-même.

Quant à sa *terminaison*, rarement elle est funeste; cependant on a cité des exemples de mort occasionnée par la formation d'eschares résultant du décubitus prolongé sur un seul point (1), décubitus forcé par suite des douleurs articulaires. On a dit aussi que les désordres de l'articulation pouvaient être portés au point de causer la mort, mais les auteurs qui ont avancé cette assertion ont regardé les *tumeurs blanches* comme étant, dans un certain nombre de cas, des rhumatismes articulaires chroniques, opinion dont l'exactitude n'est pas démontrée, comme nous le verrons plus loin. Reste la terminaison par la guérison. On en a rapporté d'assez nombreux exemples. Cependant il ne faut pas se dissimuler que le rhumatisme articulaire chronique d'une certaine intensité est une affection très-rebelle, et que souvent tous les moyens dirigés contre lui restent sans effet. Les sujets ainsi affectés sont perclus pour le reste de leur existence, qui peut être longue. On en a vu même qui ont eu un très-grand nombre d'articulations ankylosées, et chez qui les mouvements de locomotion étaient devenus presque complétement impossibles.

(1) Voy. Requin, *Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu* par le professeur Chomel. Paris, 1837.

§ V. — Lésions anatomiques.

Il résulte d'abord d'un certain nombre de faits dans lesquels les articulations ont pu être examinées après la mort, que lorsque le gonflement, la déformation, la douleur des articulations, n'ont pas été très-considérables, il n'existe pas d'altération anatomique notable. Dans le cas contraire, on a trouvé les cartilages usés, parfois ulcérés; les ligaments articulaires interosseux participent à ces lésions. Dans un cas rapporté par Requin (obs. 20) il y avait des infiltrations sanguines sous la membrane synoviale. « Quelquefois, dit cet auteur, on trouve à la place des cartilages articulaires un tissu cellulo-vasculeux; au lieu de cette couche nacrée qui revêt, à l'état normal, les extrémités articulaires des os, on voit des bourgeons charnus qui se détachent de la substance osseuse, et souvent il ne reste aucune trace du tissu cartilagineux. » La conséquence de cette dernière lésion est une ankylose qui devient de plus en plus complète à mesure que la maladie fait des progrès.

[Les lésions anatomiques qui appartiennent au rhumatisme chronique ont été, dans ces dernières années, l'objet de recherches assez nombreuses qui en ont, en partie du moins, éclairci les obscurités: elles ne diffèrent pas de celles que l'on a rattachées à l'arthrite chronique, à l'arthrite sèche et au rhumatisme noueux; ces maladies, distinctes par leurs symptômes, par leur marche, par leur siége et par le nombre de parties qu'elles envahissent, donnent toutes sensiblement lieu aux mêmes altérations, et celles-ci relèvent manifestement de l'inflammation chronique. C'est surtout à la Société anatomique, et en particulier aux recherches de Deville et Broca (1), que l'on doit de connaître ces altérations; nous signalerons encore comme renfermant des détails importants les thèses de Hattier (2) et de Colombel (3), et surtout celle de Charcot sur le rhumatisme noueux (4).

Le rhumatisme articulaire chronique porte à la fois son action sur les synoviales, les ligaments, les cartilages, les os et même les muscles adjacents à l'articulation. La maladie paraît toujours débuter, soit dans les synoviales, soit dans les extrémités osseuses; on sait, du reste, que ces deux parties sont les seules parmi les parties constituantes des articulations qui présentent une vascularité et une vitalité suffisantes pour pouvoir être le siége primitif de maladies inflammatoires; les autres tissus ne sont donc affectés que consécutivement.

La membrane synoviale est ordinairement rouge, injectée, surtout au voisinage des cartilages articulaires; de sa surface on voit s'élever de petites saillies formées de tissu cellulaire dans lequel rampent de très-nombreux vaisseaux, et dont le développement donne lieu à des fongosités très-vasculaires. La synoviale devient irrégulière et inégale; les fongosités, en se réunissant entre elles, constituent des brides étendues d'un point à l'autre de la cavité articulaire. En même temps le tissu cellulaire sous-synovial se vascularise et s'épaissit. A une période plus avancée, la vascularisation diminue dans les produits de l'inflammation; ceux-ci deviennent fibreux, durs et résistants; quelques-uns peuvent subir la dégénérescence cartilagineuse, puis osseuse, et être ainsi le point de départ des corps étrangers

(1) Broca, *Bulletins de la Société anatomique*, 1850.
(2) Hattier, thèse inaug., 1852.
(3) Colombel, thèse inaug., 1861.
(4) Charcot, thèse inaug. Paris, 1853.

intra-articulaires qui ne sont pas très-rares dans le rhumatisme chronique. La cavité de l'articulation renferme un peu de liquide roussâtre ou de synovie normale; quelquefois il y a un certain degré d'hydarthrose.

Les *extrémités des os* sont ordinairement raréfiées; leurs aréoles agrandies sont pleines de graisse semi-liquide et imbibées de sang; quand la raréfaction a envahi les points superficiels de l'os, il arrive quelquefois que celui-ci s'affaisse et se déforme singulièrement. A la surface osseuse, on voit des végétations, des formations accidentelles de tissu osseux qui augmentent le volume et l'étendue des surfaces articulaires. Ces ostéophytes sont surtout très-développés dans le rhumatisme noueux.

Du côté des *cartilages*, on peut observer l'amincissement et l'usure, ou bien ils sont le siége d'ulcérations nombreuses, dirigées en divers sens, et si rapprochées les unes des autres que le tissu cartilagineux ressemble alors à du velours; c'est ce qu'on désigne sous le nom d'*altération velvétique.* Dans quelques cas, le cartilage est détruit; les surfaces osseuses, frottant alors l'une sur l'autre, se condensent et se polissent comme de l'ivoire.

Les *ligaments* intra-articulaires ont souvent disparu; ceux qui entourent l'articulation, parfois sains, deviennent dans quelques cas le siége de ces ossifications que nous avons déjà rencontrées dans les synoviales et dans le tissu cellulaire péri-articulaire.

Les *muscles* sont peu altérés, quand les jointures qu'ils étaient destinés à faire mouvoir ont conservé leur mobilité; mais quand celles-ci sont roides et ankylosées, es muscles s'atrophient et subissent la dégénérescence graisseuse.

Ainsi, en résumé, ce qui caractérise surtout le rhumatisme chronique au point de vue de ses lésions, c'est l'épaississement, l'augmentation de vascularité et l'induration de la synoviale, la raréfaction du tissu osseux qui constitue les épiphyses, enfin la tendance à l'ossification des parties molles péri-articulaires.]

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Chomel et Requin posent d'abord le diagnostic différentiel des *tumeurs blanches*, des *affections articulaires de nature syphilitique*, et du rhumatisme articulaire chronique. «..... D'abord, dit Chomel, voici quels sont les moyens de distinguer le rhumatisme articulaire chronique d'avec la *tumeur blanche.* Si l'affection a débuté d'une manière aiguë ou subaiguë ; si surtout plusieurs articulations se sont enflammées à la fois, et qu'elles soient encore actuellement tuméfiées, nul doute alors qu'on n'ait affaire à un rhumatisme, car une tumeur blanche ne s'endolorit que lentement et peu à peu, et, d'autre part, elle existe ordinairement seule ; ce n'est que dans un très-petit nombre de cas que deux tumeurs blanches se développent à la fois sur le même individu. S'il n'y a qu'une seule articulation qui soit malade, on peut hésiter à la première vue ; mais les circonstances commémoratives viendront éclairer le diagnostic, puisque, dans la grande majorité des cas de rhumatisme, le mal aura commencé par une marche aiguë, et qu'une seule articulation n'en sera devenue l'unique siége qu'après les souffrances simultanées ou successives de plusieurs autres articulations. Il serait, il est vrai, rigoureusement possible qu'un individu rhumatisant fût aussi prédisposé à une tumeur blanche, et que chez lui le rhumatisme antécédent eût servi, comme cause occasionnelle, à mettre

à effet cette fâcheuse prédisposition : et voilà même pourquoi beaucoup d'auteurs de chirurgie, et entre autres Boyer (1), ont signalé le *vice rhumatismal* comme une des causes les plus ordinaires des tumeurs blanches. Mais Boyer n'en insiste pas moins sur la distinction à faire entre la tumeur blanche rhumatismale et le rhumatisme goutteux (c'est ainsi qu'il nommait le rhumatisme articulaire) : il trace avec soin le diagnostic différentiel de l'une et de l'autre affection. Très souvent, en effet, indépendamment des signes anamnestiques plus haut mentionnés, l'examen attentif des signes actuels fournis par l'articulation malade donnera un résultat positif. Dans le rhumatisme du genou, par exemple, si le gonflement est considérable c'est qu'il y a épanchement de synovie : de là fluctuation facile à percevoir, et déformation pour ainsi dire régulière de l'articulation en tumeur orbiculaire. Mais dans la tumeur blanche, la fluctuation, s'il en existe, est bornée à un seul point, et la déformation est toujours très-irrégulière. En outre, dans le rhumatisme articulaire chronique, l'enflure, comme Boyer l'a fait judicieusement remarquer, ne présente pas d'ordinaire cette résistance élastique qui caractérise les tumeurs blanches.

« Il est beaucoup plus difficile de distinguer les *affections articulaires syphilitiques* d'avec les affections rhumatismales. Dans l'un et l'autre cas, plusieurs articulations peuvent être malades à la fois. Vous verrez bien, à la vérité, dans les livres des syphilographes, que les tumeurs développées dans les os longs par suite de l'infection vénérienne ont leur siége dans le corps de l'os, et non dans les extrémités articulaires ; mais cela n'est pas entièrement exact. Quelquefois la syphilis attaque les extrémités des os longs : c'est un cas rare, à la vérité, mais enfin il est réel. Il est donc important de signaler quels indices, en une telle occurence, pourront servir à dévoiler la nature du mal. Sans doute l'articulation peut, comme dans le rhumatisme, offrir à la fois douleur, tumeur, rougeur, et chaleur ; mais d'ordinaire ces quatre caractères de l'état inflammatoire ne résident point dans la totalité de l'articulation, et se trouvent confinés dans quelque région partielle ; ils siégeront, par exemple, exclusivement sur l'acromion, sur une seule tubérosité du coude, sur une seule apophyse styloïde au poignet, sur un seul condyle fémoral au genou, sur une seule malléole au cou-de-pied, etc. Il faut pourtant excepter le cas dans lequel l'affection syphilitique de l'extrémité articulaire détermine consécutivement un épanchement synovial ; alors il y a tuméfaction générale de toute l'articulation, mais la douleur encore ne se fait principalement sentir que dans un point particulier. De plus, à égalité de souffrances, le rhumatisant ne pourra pas remuer le membre malade ; le vérolé, au contraire, gardera tous ces mouvements, leur exécution n'augmentant que peu ou point la douleur. Enfin, une fois le soupçon éveillé, les circonstances anamnestiques révéleront au médecin, chez les pseudo-rhumatisants (qu'on me passe cette expression), l'existence antérieure de maladies vénériennes, comme blennorrhagies, chancres, bubons, etc. L'erreur, certes, aura été possible dans le début du traitement ; mais, vu l'insuccès absolu des sangsues, des opiacés et des autres moyens par où l'on parvient d'ordinaire à calmer, sinon à guérir les douleurs rhumatismales, on songera à essayer le mercure, si ce métal n'a pas été administré contre des phénomènes primitifs d'infection vénérienne, ou bien encore s'il ne l'a pas été en quantité suffisante. Si l'hydrargyrose a été employée sans suc-

(1) Boyer, *Traité des maladies chirurgicales*, t. IV, p. 500.

cès, et jusqu'à l'abus, on devra espérer de réussir à l'aide d'autres médications : avec la tisane de Feltz, par exemple, laquelle est indubitablement un excellent antisyphilitique pour les individus saturés de mercure, et a pour principe actif, à ce que pense Chomel, l'arsenic contenu en très-petite proportion dans l'antimoine cru (sulfure d'antimoine), avec lequel on le prépare (1). »

Fréquemment la tumeur blanche a pour cause occasionnelle une violence extérieure chez un sujet prédisposé ; et quant aux affections syphilitiques des articulations, nous ferons remarquer que les cas dans lesquels elles peuvent donner lieu à l'erreur de diagnostic prévue par Chomel et Requin sont si rares, qu'on peut les regarder comme exceptionnels.

Quelques auteurs, et parmi eux Chomel et Requin, ont regardé le rhumatisme articulaire et la goutte comme des affections identiques ; aussi n'en ont-ils pas présenté le diagnostic différentiel. Nous ne pensons pas que cette identité soit aussi complète que l'ont cru ces médecins. Le diagnostic est par conséquent nécessaire; mais nous le renvoyons après la description de la *goutte* parce qu'il sera plus facile alors d'en saisir les nuances.

Nous renvoyons également à l'article consacré à l'étude de l'intoxication saturnine la question de savoir si l'*arthralgie saturnine* peut être confondue avec un rhumatisme articulaire, et nous dirons alors quels sont les moyens de distinguer ces douleurs de nature différente.

Restent maintenant les *douleurs nerveuses* ayant leur siége autour des articulations, et les douleurs musculaires occupant le même siége. On sera peut-être étonné de nous voir mentionner, à propos du rhumatisme articulaire chronique, ces douleurs que les autres auteurs ont négligées; mais un certain nombre de faits qui ont passé sous nos yeux nous ont prouvé que ce diagnostic n'était pas toujours porté avec la dernière précision, et que s'il est beaucoup de cas où l'on doive attribuer l'erreur à la négligence, il en est quelques-uns dans lesquels il y a des difficultés réelles.

Nous savons que ces douleurs nerveuses peuvent être très-circonscrites (2), être bornées à la hanche, par exemple. Or nous avons vu des sujets qui, ayant été mal explorés, ont été soumis aux bains et aux douches de vapeur, dans le but de combattre un rhumatisme, et dont la maladie, caractérisée par des points douloureux extra-articulaires et des élancements, avait résisté à ces traitements et cédé aux vésicatoires. Nous retrouverons cette erreur beaucoup plus fréquente quand il s'agira du diagnostic des névralgies et du rhumatisme musculaire ; mais elle est assez importante pour être mentionnée dans le cas dont il s'agit, car, ainsi qu'on vient de le voir, les conséquences pratiques en sont graves.

Nous avons, dans certains cas, observé des *douleurs musculaires* vives et fixes qu'on pouvait confondre avec un rhumatisme articulaire chronique ; mais les cas de ce genre méritent une attention toute particulière ; ils sont trop peu connus pour que ce que nous pourrions en dire ici fût suffisamment compris. Nous en parlerons dans un des articles suivants (3) ; il sera temps alors de les étudier sous le rapport du diagnostic différentiel.

(1) Chomel, *Leçons de clinique médicale faites à l'Hôtel-Dieu de Paris*, recueillies et publiées par Requin. Paris, 1837.

(2) Voy. Valleix, *Traité des névralgies*. Paris, 1841, passim.

(3) Voy. article RHUMATISME MUSCULAIRE.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs du rhumatisme articulaire chronique et des tumeurs blanches.*

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.	TUMEUR BLANCHE.
Occupant presque toujours *successivement plusieurs articulations.*	Presque constamment *fixe* dans une articulation.
Alternatives d'exacerbation vive et d'amélioration très-grande, tantôt dans l'une, tantôt dans l'autre des articulations affectées, tantôt dans un grand nombre à la fois.	Le mal *ne cesse pas de faire des progrès;* il y a des moments de calme, mais non de ces améliorations qui font croire à la guérison, comme dans le rhumatisme articulaire chronique.
Gonflement des articulations *moins irrégulier;* n'atteignant pas un volume à beaucoup près aussi considérable.	Gonflement des articulations *plus irrégulier,* atteignant un volume généralement beaucoup plus considérable.
Fluctuation, lorsqu'elle existe, *plus générale.*	Fluctuation *plus circonscrite.*
Pas de cause occasionnelle appréciable dans beaucoup de cas; n'est *jamais le résultat d'une violence extérieure.*	Fréquemment la *conséquence d'une violence extérieure* chez les sujets prédisposés.

2° *Signes distinctifs du rhumatisme articulaire chronique et des affections articulaires syphilitiques.*

RHUMATISME ARTICULAIRE CHRONIQUE.	AFFECTIONS ARTICULAIRES SYPHILITIQUES.
Le gonflement *occupe toute l'étendue* de l'articulation.	Le *gonflement n'occupe* ordinairement qu'*un point limité* d'une extrémité articulaire.
La douleur est *étendue à tout l'article,* quoique ordinairement plus vive dans un point limité.	Douleur souvent *bornée à un point limité,* alors même qu'il y a un épanchement dans l'articulation.
Douleurs provoquées beaucoup plus vives que les douleurs spontanées.	*Douleurs spontanées plus vives* que les douleurs provoquées, surtout la nuit.
Commémoratifs : Pas de chancres, de bubons, etc.	*Commémoratifs :* Chancres, bubons, etc.; cicatrices de chancres sur la verge.
Traitement antisyphilitique *sans résultat,* ou du moins sans résultat très-prompt.	*Prompte amélioration* résultant du traitement antisyphilitique.

Les cas dans lesquels le médecin est appelé à porter un pareil diagnostic sont très-rares; néanmoins il faut avoir toujours la possibilité de leur existence présente à l'esprit, et, dans les cas un peu douteux, on ne doit pas hésiter un seul instant à prescrire le mercure, l'iodure de potassium, etc.

Pronostic. — Il faut, pour que le rhumatisme articulaire chronique menace les jours des malades, qu'il occupe un grand nombre d'articulations, et qu'il soit assez violent pour condamner les sujets à l'immobilité absolue. Alors se forment les eschares dont nous avons parlé plus haut, et la mort en est la conséquence. Dans la grande majorité des cas, il n'en est pas ainsi, et la vie n'est pas menacée; mais le rhumatisme articulaire chronique est une maladie souvent rebelle, et qu'il est difficile de guérir radicalement; plus la tuméfaction et la déformation de l'article sont grandes, plus la guérison est difficile.

§ VII. — Traitement.

Les *émissions sanguines,* soit générales, soit locales, sont fort rarement indiquées contre cette maladie. Il arrive fréquemment que les symptômes locaux

prennent momentanément une plus grande intensité, et en pareil cas, quelque *ventouses scarifiées*, quelques *sangsues* sur l'articulation douloureuse, ont souvent procuré un notable soulagement. Dans les mêmes circonstances, on a recours aux bains locaux avec des substances émollientes (la *décoction de guimauve*, l'*infusion de mauve*), ou bien aux *grands bains* simples ou *gélatineux* plus ou moins prolongés.

Il est rare qu'il soit nécessaire de recourir à ce traitement *antiphlogistique*, et les guérisons qu'on a obtenues ont presque constamment été procurées par des médications toutes différentes que nous ferons connaître. Le traitement est interne ou externe.

1° *Traitement interne.* — *Purgatifs.* — On ne borne pas ordinairement la médication à l'emploi des purgatifs. Il est une seule substance, le *colchique*, qui a été mise en usage comme spécifique dans cette affection, ainsi que dans le rhumatisme articulaire aigu. On sait qu'elle fait partie des *pilules de Lartigue*, remède secret employé par un assez grand nombre de médecins, mais que nous n'avons pas à apprécier ici. Gordon (1) recommande particulièrement le colchique. Nous ne nous étendrons pas ici sur l'emploi de cette substance exposé dans l'article précédent; il serait nécessaire d'avoir des observations nouvelles sur l'efficacité d'un médicament qui peut occasionner des accidents. Nous le retrouverons dans le traitement de la *goutte*.

D'autres *drastiques* ont été administrés; mais généralement on n'a recours qu'à des purgatifs doux dans le but de tenir le ventre libre.

Sudorifiques. — Les sudorifiques sont plus généralement employés, et, parmi eux, le *gaïac*. Plenck, qui avait une grande confiance dans cette substance, la prescrivait ainsi qu'il suit :

♃ Résine de gaïac.......... 15 gram. | Savon amygdalin........... 15 gram.

Faites dissoudre dans :

Alcool rectifié .... 120 gram.

Mêlez. Dose : 4 grammes par jour dans une infusion de bourrache et de sureau.

On donne encore la tisane de gaïac ordinaire, ou bien on associe cette substance à d'autres espèces sudorifiques, comme dans la formule suivante de Smith :

♃ Salsepareille...
Squine.......
Réglisse...... } aa parties égales. | Gaïac.............
Sassafras.......... } aa parties égales.

Incisez également toutes les substances, et mêlez exactement.

Prenez de ces substances.... 30 gram. | Eau commune........... 1500 gram.

Faites bouillir et réduire à 1000 gram. A prendre par tasses, dans la journée.

On a encore recommandé la potion diaphorétique suivante :

♃ Acétate d'ammoniaque ... 12 gram.
Vin blanc........... 160 gram. | Alcoolat de cannelle.......... 8 gram.
Sirop de sucre............... 64 gram.

A prendre par cuillerées dans la journée.

(1) Gordon, *Revue médicale*, 1826.

Qu'il nous suffise de signaler les *bols diaphorétiques anglais*, les *tisanes* de sureau, de bourrache, etc. ; le *rob de sureau*, auquel Quarin attribuait une grande efficacité ; la *poudre de Dower* (1), etc.

Diurétiques. — Les diurétiques à haute ou à faible dose sont également administrés, mais rien ne prouve qu'ils aient une grande efficacité. Relativement au *nitrate de potasse* à haute dose, Martin-Solon (2) nous apprend qu'il ne réussit pas dans le rhumatisme articulaire chronique. Mais Cargit (3) est arrivé à des résultats bien différents, et qu'il importe de faire connaître, afin qu'on puisse expérimenter de nouveau son traitement. Ce médecin, comparant l'efficacité du nitrate de potasse à haute dose et du colchique, a noté ce qui suit :

Sur 100 malades qui ont pris le nitre à haute dose, 61 ou les 6/10es ont guéri, terme moyen, en 15 jours 3/4 ; 20 ont éprouvé un grand soulagement sans être guéris ; 5 n'ont éprouvé que très-peu d'amélioration, 3 n'ont rien obtenu ; l'état des autres s'est aggravé.

La dose ordinaire était de 2gr,50 trois fois par jour ; dans les cas plus graves, on l'a portée jusqu'à 3, 6 et 8 grammes trois fois par jour, et dans un cas jusqu'à 12 grammes.

Dans quelques cas et suivant les circonstances, l'auteur a également employé les sangsues, les purgatifs, les vésicatoires, les bains de vapeur, etc.

Quant aux autres substances, nous mentionnerons la *tisane de bourgeons de sapin* et l'*oxymel scillitique*, qui fait partie de la formule suivante proposée par Philenius :

℞ Nitrate de potasse	8 à 30 gram.	Tartre stibié	3 à 15 centigram.
Eau de sureau	150 gram.	Oxymel scillitique	30 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

Mercuriaux. — Les mercuriaux, que nous retrouverons dans la médication externe, font aussi partie de la médication interne. Lentin regardait le *sublimé corrosif* comme très-efficace. Fizeau a rapporté un cas dans lequel il a vu le rhumatisme disparaître après l'usage de la *liqueur de Van Swieten*. Blanc prescrit la préparation suivante :

℞ Deutochlorure de mercure .... 10 centigram.

Dissolvez dans :

Alcool .... 120 gram.

Ajoutez :

Vin ammoniacal .... 25 gouttes.

Mêlez. Dose : 15 grammes deux fois par jour.

Cette dose nous paraît très-forte ; il vaudrait mieux commencer par une quantité bien moins considérable.

(1) Voy. *Observations sur l'emploi des sudorifiques et de la poudre de Dower à haute dose dans le traitement du rhumatisme aigu* (*Bulletin de l'Acad. de médecine*. Paris, 1844, t. IX, p. 833).

(2) Martin-Solon, *Considérations générales sur le traitement du rhumatisme articulaire aigu par le nitrate de potasse* (*Ibid.*, t. IX, p. 130).

(3) Cargit, *London med. Gazette*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 15 mars 1853.

Le *calomel* à dose altérante est aussi prescrit par plusieurs médecins; mais relativement au traitement par les mercuriaux, comme pour presque tous les autres, nous n'avons rien de bien positif, et c'est pour cela que nous n'insistons pas.

Moyens divers. — Nous mentionnerons les préparations d'*arnica*, les *boissons sulfureuses et alcalines*, l'eau de *goudron*, le *soufre* regardé comme un spécifique par George Tucker (1); l'*huile de foie de morue*, recommandée par plusieurs médecins allemands et italiens, mais qui me paraît avoir surtout été administrée dans des cas de tumeur blanche; l'*extrait d'aconit* (Stork), l'*huile de cajeput* (Stromeyer), le *lait* (Baglivi, Barthez), le *savon* (Monro), le *phosphore* recommandé par Hartmann (2), la *liqueur arsenicale de Fowler*, la *térébenthine* (Cheyne), l'*iodure de potassium* (Clendinning). Nous ne trouvons pas dans ces diverses indications des documents suffisants pour nous faire une idée bien arrêtée.

Du reste, comme remarque générale, la médication interne ne saurait en aucune manière être comparée, sous le rapport de l'efficacité, à la médication externe. Dans presque tous les cas, c'est à celle-ci qu'on a principalement recours. On l'emploie souvent seule, et on l'associe ordinairement à la première. Examinons donc les moyens dont elle se compose.

2° *Traitement externe.* — Les *applications excitantes* sur les parties malades sont nombreuses. Signalons d'abord les *applications camphrées.* Celles indiquées à propos du rhumatisme articulaire aigu doivent être rappelées ici : ainsi le *cataplasme avec l'alcool saturé de camphre*, etc.

Les liniments excitants sont nombreux. Nous citerons particulièrement le *liniment volatil camphré* préparé ainsi qu'il suit :

℞ Huile blanche	60 gram.	Camphre	4 gram.
Ammoniaque	8 gram.		

Faites dissoudre le camphre dans l'huile. Introduisez la dissolution dans une bouteille. Ajoutez l'ammoniaque : bouchez et agitez.

Le *baume de Fioravanti*, le *baume opodeldoch* sont aussi d'un usage fréquent.

On a beaucoup vanté le *baume acétique camphré* de Pelletier; voici sa composition :

℞ Savon animal	8 gram.	Camphre	8 gram.

Faites dissoudre au bain-marie dans :

Éther acétique .... 80 gram.

Ajoutez :

Huile essentielle de thym .... 20 gouttes.

Faites, deux fois par jour, des frictions avec ce baume sur les articulations douloureuses.

Mentionnons les frictions avec l'*huile de croton tiglium*, la *chaleur élevée* sur les articulations, l'*urtication.*

Vésicatoires, moxas, cautères. — L'usage des vésicatoires, des cautères, des moxas sur les articulations douloureuses a été très-répandu pendant longtemps.

(1) George Tucker, *The Lancet*, 1835, vol. I, p. 810.
(2) Voy. Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1830, t. II, p. 8.

Aujourd'hui on est plus sobre de ces moyens; des faits nombreux rapportés par Malgaigne, par Bonnet, de Lyon, (1), et d'autres observateurs, ont prouvé que ces agents énergiques augmentent souvent la douleur, causent l'insomnie, allument la fièvre et finissent par détériorer la constitution sans améliorer très-notablement l'état local. On ne doit par conséquent recourir à ces moyens qu'avec prudence, et cependant les faits signalés par Guilbert (2) prouvent qu'on aurait tort d'y renoncer complétement. On peut les essayer lorsqu'il n'y a pas de fièvre, lorsque la peau ne présente pas de chaleur anormale au niveau des parties malades, et lorsque la douleur est très-modérée.

Mercuriaux à l'extérieur. — Le mercure est encore plus souvent employé à l'extérieur qu'à l'intérieur. Les uns l'appliquent sous forme d'emplâtre. Ainsi on a vanté l'action d'un *emplâtre fait avec le cinabre*, de l'*emplâtre de Vigo cum mercurio*, etc. J. H. Kopp (3) employait les frictions suivantes :

℞ Deutochlorure de mercure	40 à 50 centigram.	Éther acétique	12 gram.
		Alcool rectifié	24 gram.

Mêlez. Faire, trois ou quatre fois par jour, des frictions sur les articulations malades avec cinquante à cent gouttes de cette solution.

Mais c'est surtout aux *bains de sublimé* qu'on a le plus fréquemment recours. Récamier a assez souvent employé ces bains, et l'on a rapporté des faits de guérison recueillis à sa clinique. Trousseau a également préconisé ce moyen, qu'il emploie ainsi qu'il suit :

℞ Deutochlorure de mercure	10 à 30 gram., graduellement.
Alcool	100 gram.

Dissolvez. Versez cette solution dans l'eau du bain. On administre un bain semblable tous les jours, jusqu'à ce que les gencives commencent à se prendre.

Nous avons employé avec persévérance ces bains de sublimé dans des cas de rhumatisme articulaire aigu qui tendaient à devenir chroniques, et dans des cas de rhumatisme articulaire chronique bien caractérisé. Chez l'homme adulte, on peut, sans aucune crainte, commencer le traitement par 25 grammes de deutochlorure de mercure; on peut aussi porter la dose à 40 grammes, et les gencives se prennent très-difficilement. Nous avons observé une amélioration assez rapide; mais cette amélioration s'est promptement arrêtée et nous n'avons pas pu obtenir une guérison complète.

Les *fumigations de cinabre* ont été également mises en usage, surtout par Récamier, et on les a associées aux préparations mercurielles prises à l'intérieur de la manière indiquée plus haut.

Applications de teinture d'iode. — Gros, de Wesserling (4), a rapporté quatre observations dans lesquelles des *applications locales de teinture alcoolique d'iode* ont dissipé des douleurs anciennes avec gonflement plus ou moins notable dans diverses articulations. Ce traitement mérite d'être expérimenté de nouveau. Son emploi est des plus simples.

(1) Bonnet, *Thérapeutique des maladies articulaires.*
(2) Guilbert, *Arch. gén. de méd.*, 1re série, 1828, t. XVII, p. 452.
(3) J. H. Kopp, *Denkw. in der Aerztl. Praxis.* Frankfurt, 1830.
(4) Gros (de Wesserling), *Union médicale*, 19 mars 1850.

Gros recommande la teinture de la pharmacopée de Strasbourg, qui contient une partie d'iode pour dix parties d'alcool à 33 degrés ; il n'y a pas grande différence entre cette teinture et celle de la pharmacopée de Paris. On imbibe de la substance une compresse longuette, on l'enroule autour de l'articulation malade, puis on la fixe par quelques tours de bande. Le pansement doit, en général, être renouvelé matin et soir ; cependant, sur les peaux fines et délicates, ou quand il se produit des phlyctènes (ce qui est rare), on peut éloigner les applications ou étendre la teinture de plus ou moins d'eau. Cette précaution est encore utile lorsqu'il y a des solutions de continuité de la peau, ou quand, après avoir enlevé les premières écailles épidermiques formées par le contact de l'iode, la peau au-dessous est très-sensible et très-mince. Il est sans exemple de voir ces applications déterminer une inflammation vive de la peau ; tout au plus occasionnent-elles des démangeaisons, une légère chaleur et un sentiment de tension dans les parties soumises à l'action de la teinture.

Les *bains de vapeur* sont de l'usage le plus fréquent. Il faut les multiplier si l'on veut pouvoir espérer d'en obtenir de bons effets. Souvent ils fatiguent inutilement les malades lorsqu'il s'agit d'un rhumatisme chronique avec gonflement des articulations, c'est-à-dire du véritable rhumatisme articulaire chronique.

Nous ne pouvons pas dire si les *bains aromatiques* (à l'aide des infusions de sauge, de romarin, etc.) ont une plus grande valeur.

Des faits nombreux prouvent l'efficacité, dans un bon nombre de cas, des *bains sulfureux* joints à l'ingestion des eaux sulfureuses ; c'est surtout aux établissements d'eaux naturelles qu'on obtient de véritables succès. Aussi doit-on y envoyer les malades toutes les fois qu'on le peut. Les eaux de Baréges, de Luchon, d'Aix en Savoie, de Louesche, etc., sont très-renommées pour le traitement des maladies articulaires. En général, plus la température des eaux est élevée et plus elles sont chargées de matières sulfureuses, plus leur action est puissante.

D'un autre côté, on n'a pas moins vanté les *eaux salines*, telles que les eaux de Bourbonne-les-Bains, de Vichy, de Néris, du Mont-Dore. Nous verrons à l'article GOUTTE quels sont les effets de ces eaux sur la *goutte*, ce qui nous conduira à quelques conclusions sur le rhumatisme articulaire chronique. Si l'observation rigoureuse pouvait pénétrer dans les établissements thermaux, elle y trouverait la plu belle mine à exploiter.

Les *bains russes* ont été aussi préconisés; mais nous pensons qu'on les a spécialement appliqués à des cas où il n'existait aucun gonflement des articulations, à des cas douteux par conséquent.

Les *douches* de vapeur, d'eau simple, d'eau chargée de substances médicamenteuses, agissent dans le même sens que les bains dont nous venons de parler.

Il résulte de quelques faits, et notamment de ceux qu'a rapportés Briquet (1), que les *bains d'eau simple* à 36 degrés centigrades, mais *prolongés* pendant deux et trois heures, ont réussi dans des circonstances où plusieurs autres moyens actifs ont échoué.

Il résulte des faits rapportés par Scoutetten (2), Lubansky, etc., que le rhuma-

(1) Briquet, *Bulletin de thérap.*, t. XV.
(2) Scoutetten, *De l'eau sous le rapport hygiénique et médical.* Paris, 1843. — Munde, *Hydrothérapie.* Paris, 1842, in-12.

me chronique est une des affections dans lesquelles l'*hydrothérapie* réussit le ieux. On ne doit donc pas hésiter d'y avoir recours lorsque la maladie se montre belle aux autres agents thérapeutiques.

Électricité. — L'*électricité*, le *galvanisme*, l'*électropuncture* sont recomandés par Mauduyt (1), par Wilkinson et par plusieurs autres auteurs ; mais ces édecins ont parlé en même temps du rhumatisme musculaire, du rhumatisme ticulaire et de plusieurs autres douleurs, en sorte qu'on ne peut pas connaître tilité de ce moyen dans l'affection dont nous nous occupons. Tout porte à croire 'il est beaucoup moins utile que dans les maladies qui consistent uniquement ns une douleur plus ou moins vive.

Compression. — La compression a été appliquée au rhumatisme articulaire chroque aussi bien qu'au rhumatisme articulaire aigu. Pour qu'elle soit applicable, il it que le nombre des articulations affectées ne soit pas trop considérable.

Position. — Comme pour le rhumatisme articulaire aigu, Bonnet (de Lyon) siste beaucoup sur la nécessité d'une bonne position. On doit, à l'aide d'appareils propriés, maintenir le membre dans la situation qui sera la plus favorable pour cas où l'articulation ne reprendrait pas la liberté de ses mouvements.

Mouvements. — Si l'on maintenait rigoureusement le membre dans une posin fixe, quelque favorable qu'elle soit, on courrait le risque de favoriser l'ankyse, ou du moins de faire naître une roideur très-difficile à vaincre. Pour obvier à t inconvénient, Bonnet, de Lyon (2), conseille de faire exécuter, quatre ou cinq s par jour, des mouvements méthodiques qui maintiennent l'élasticité des ligaents. Ces mouvements doivent être imprimés d'abord pendant cinq ou six minutes, is plus longtemps, à mesure que l'amélioration fait des progrès. On doit aussi commander au malade de se servir de son membre pendant un certain temps et ec mesure, puis plus hardiment. Suivant Bonnet, on ne doit pas se laisser arrêr par les craquements que fait entendre l'articulation pendant ces mouvements. fin on a cité des cas où l'on a vaincu violemment une résistance qui ne s'est pas produite. Il ne faut pas suivre trop légèrement ces exemples. Lorsque l'articulan est encore douloureuse, on risque de voir se reproduire des symptômes aigus. n doit attendre que toute trace de sensibilité morbide ait disparu.

Moyens divers. — C'est d'abord l'emploi de la *morphine par la méthode enderque*, qui n'est guère utile que pour faire cesser les douleurs ; puis l'*acupuncture.* liniment suivant était conseillé par Brodie :

℞ Acide sulfurique	15 gram.	Huile d'olive	45 gram.

Pour frictions, matin et soir.

On peut aussi employer, comme le recommandait Batremeix (3), la *teinture de ntharides*, ainsi qu'il suit :

℞ Huile de pétrole.........	30 gram.	Carbonate d'ammoniaque......	8 gram.
Teinture de cantharides...	30 gram.	Huile d'olive	q. s.

Faites un liniment.

(1) Mauduyt, *Mém. sur les différentes manières d'administrer l'électricité.* Paris, 1781.
(2) Bonnet (de Lyon), *Traité de thérapeutique des maladies articulaires.* Paris, 1853, 176.
(3) Batremeix, *Dissertation sur le rhumatisme.* Strasbourg, 1828.

Suivant Gendron, la solution suivante est utile :

♃ Eau distillée........... 60 gram. | Hydrocyanate de potasse.... 40 centigram.

Dissolvez.

Nous citerons encore l'*eau de Goulard*, la *térébenthine*, les *frictions sèches*, le *massage*.

3° *Traitement prophylactique.* — Les moyens prophylactiques recommandés par Chomel et Requin s'appliquent plus à la *goutte* qu'au rhumatisme articulaire. Voici ce que nous pouvons en tirer de plus utile relativement à la maladie qui nous occupe : se soumettre à un régime très-doux, s'abstenir de spiritueux, faire tous les jours un exercice suffisant en plein air, entretenir la liberté du ventre, faire usage des eaux thermales, et éviter le froid et l'humidité.

Résumé. — Après avoir, par les antiphlogistiques, fait disparaître toute trace de douleur, on doit promptement recourir aux topiques excitants, à la position du membre et à l'usage des eaux thermales. Toute autre conclusion serait prématurée.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement interne.* — Purgatifs, sudorifiques, diurétiques, mercuriaux, moyens divers.

2° *Traitement externe.* — Applications excitantes : vésicatoires, moxas, cautères, etc. ; mercuriaux à l'extérieur ; bains de vapeur, aromatiques, sulfureux, alcalins ; douches de vapeur, d'eau chaude simple ou médicamenteuse ; bains russes, bains simples prolongés ; hydrothérapie ; électricité ; compression, position, mouvements méthodiques ; moyens divers.

3° *Traitement prophylactique.* — Régime, exercice, eaux thermales, etc.

APPENDICE A L'ARTICLE II.

RHUMATISME NOUEUX.

[Le rhumatisme noueux n'est qu'une variété du rhumatisme chronique ; mais les lésions et les symptômes qui le caractérisent, sa marche et son évolution, lui donnent un aspect si particulier, qu'il mérite une description spéciale, et que, tout en le rapprochant du rhumatisme chronique, on peut le considérer comme une espèce distincte.

Cette maladie, que l'on ne connaissait que très-imparfaitement il y a quelques années encore, avait été rangée dans les maladies goutteuses, ou considérée comme liée également à la goutte et au rhumatisme et comme une manifestation hybride de ces deux diathèses ; aujourd'hui elle est mieux étudiée, et tous les auteurs s'accordent à la rattacher au rhumatisme.

Déjà indiqué par Sydenham (1), par Musgrave, qui l'appelle *arthritis rhumatismo superveniens* (2), le rhumatisme noueux a été étudié par Landré-Beauvais (3) et considéré par lui comme une des formes de la goutte. En

(1) Sydenham, *Méd. prat.*, art. RHUMATISME.
(2) Musgrave, *De arthritide symptomatica dissertatio.*
(3) Landré-Beauvais, *Doit-on admettre une nouvelle espèce de goutte sous le nom de goutte asthénique primitive?* Thèse inaug., an VIII, n° 18.

Angleterre, on en a fait une maladie spéciale que les auteurs ont caractérisée par son symptôme le plus apparent, la déformation des articulations; et c'est sous le nom de nodosité des jointures que Haygarth (1), et plus tard Adams (2), en ont tracé la description. Mais c'est surtout dans ces derniers temps que la maladie qui nous occupe a été l'objet d'études spéciales, et le rhumatisme noueux est maintenant bien connu, grâce aux travaux de Charcot (3), Trastour (4) et Vidal (5). On trouve aussi des renseignements précieux dans quelques mémoires, plus spécialement relatifs au traitement, que nous aurons occasion de citer plus loin.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On peut définir le rhumatisme noueux une forme de rhumatisme chronique présentant pour caractères spéciaux le début habituel dans les petites jointures, la tendance à la généralisation, la production plus ou moins rapide de déformations toutes particulières, la marche ordinairement chronique dès le début.

Un grand nombre de dénominations ont été employées pour désigner cette maladie, et la plupart indiquent l'idée que les auteurs se sont faite de sa nature : *goutte asthénique primitive*, *rhumatisme goutteux*, *nodosité des jointures*, *arthrite rhumatismale*, *rhumatisme articulaire chronique primitif*, *rhumatisme noueux*.

La dernière de ces dénominations est la plus usitée aujourd'hui; c'est pour ce motif que nous l'avons adoptée. Elle a d'ailleurs l'avantage de rappeler à l'esprit, en même temps que l'origine de la maladie, un de ses phénomènes les plus caractéristiques, la nodosité des jointures.

Le rhumatisme noueux n'est pas une maladie rare, et l'on en trouve de nombreux exemples dans les hospices; d'après Charcot et Trastour, il y aurait à la Salpêtrière environ 1 infirme sur 20 affectée de cette maladie. Ajoutons immédiatement qu'on ne l'observe guère que chez la femme.

§ II. — Causes.

Nous venons de voir que le sexe avait une influence considérable sur le développement du rhumatisme noueux, et que cette maladie avait été surtout observée chez les femmes. Cependant on peut la rencontrer aussi chez l'homme, et E. Vidal en a rapporté cinq observations; mais sa fréquence est infiniment moindre. Trastour, qui a fait quelques recherches statistiques à ce sujet, n'a pu trouver que 2 cas de rhumatisme noueux dans l'hospice de Bicêtre, alors qu'il y en avait près de 50 à la Salpêtrière.

Relativement à l'âge : « Sur 41 cas, dit Charcot, 4 malades ont été prises avant l'âge de vingt ans, 10 ont été atteintes de vingt à trente ans, 7 de trente à quarante ans, 14 de quarante à soixante ans; enfin 6 seulement avaient dépassé soixante ans. D'où cette conclusion : Il y a deux périodes dans la vie où se montre principalement le début de la maladie; la première s'étend de vingt à trente ans, la seconde de quarante à soixante ans (6). »

(1) Haygarth, *A clinical history of the nodosity of the joints*. Bath, 1805.
(2) Adams, *Cyclopedia of anat. and physiol.* London, 1839.
(3) Charcot, thèse inaug. Paris, 1853.
(4) Trastour, thèse inaug. Paris, 1853.
(5) E. Vidal, thèse inaug. Paris, 1855.
(6) *Loc. cit.*, p. 38.

La misère et les mauvaises conditions hygiéniques sont des causes importantes du rhumatisme chronique à forme noueuse. C'est dans les établissements consacrés à l'indigence que presque tous les auteurs ont puisé leurs documents.

Le froid humide, surtout quand son action est prolongée, a paru une des causes les plus fréquentes; cette influence est d'ailleurs celle qui détermine le plus grand nombre de maladies rhumatismales.

Après cette cause, l'établissement ou, au contraire, la cessation des règles, la grossesse et l'accouchement paraissent avoir le plus d'influence, tant sur le début que sur les progrès de la maladie.

La blennorrhagie, en se localisant sur une articulation, pourrait aussi, d'après Trousseau, être la cause d'appel et de généralisation du rhumatisme noueux (1).

§ III. — Symptômes.

Avant d'étudier les symptômes du rhumatisme noueux, il convient d'établir quel est son siége habituel. Il n'est aucune articulation qui ne puisse être envahie par la maladie; mais ce sont surtout les petites jointures, celles des mains en particulier, qui en sont le siége le plus ordinaire. C'est par elles que commence le mal, et elles sont toujours plus ou moins atteintes. Les grandes articulations, au contraire, celles des épaules, des hanches, par exemple, sont souvent tout à fait indemnes, ou ne se prennent que fort tard; et leurs altérations sont toujours moins marquées que celles des petites articulations de l'extrémité des membres supérieurs.

Les symptômes du rhumatisme noueux sont surtout des symptômes locaux; les principaux sont : la douleur, la rougeur, le gonflement et les déformations des extrémités ou des membres.

La *douleur* occupe les jointures; quelquefois elle envahit en même temps le membre correspondant. La douleur articulaire est plus vive et plus superficielle dans les petites articulations que dans les grandes. Intermittente au début, et seulement intense au moment des paroxysmes de la maladie, elle devient plus tard continue, présentant des exacerbations qui reviennent sous diverses influences, et particulièrement dans les temps humides; elle peut disparaître à une période avancée de la maladie, quand les déformations sont produites et demeurent stationnaires. Elle s'étend au delà de la sphère des articulations et occupe les extrémités osseuses. Les muscles et les tissus voisins sont aussi douloureux; ils sont le siége d'engourdissements, de crampes, de contractions spasmodiques très-pénibles, revenant surtout au moment des exacerbations; ces contractions paraissent jouer un rôle considérable dans la production des déformations articulaires. Quelquefois, et surtout dans le début de la maladie, on a observé des douleurs qui suivaient le trajet des nerfs, du nerf sciatique, par exemple.

Au niveau des articulations qui ne sont recouvertes que par une mince épaisseur de parties molles, on peut constater de la *rougeur;* celle-ci est diffuse, peu intense, érythémateuse, occupant surtout les parties saillantes de la jointure; elle n'existe que dans le moment des paroxysmes douloureux, et disparaît pendant les rémissions.

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit. Paris, 1865, t. III, p. 375.

Le *gonflement* reconnaît deux ordres de causes très-distinctes : dans les premiers temps, il est mollasse, œdémateux, produit par la fluxion séreuse des parties molles périarticulaires, et quelquefois aussi par un épanchement séreux peu abondant dans la synoviale ; le gonflement s'accompagne alors de rougeur et de chaleur. Plus tard, il est permanent, et reconnaît pour cause la saillie des têtes osseuses tuméfiées, élargies, déformées par des ostéophytes, et en même temps l'hypertrophie des tissus fibreux et des couches celluleuses qui entourent l'articulation.

Les *déformations* constituent un des symptômes les plus communs et en même temps les plus fâcheux de la maladie. Elles sont surtout prononcées aux extrémités des membres, et sont beaucoup moindres, en général, à mesure qu'on se rapproche de leur racine. Celles des mains et des doigts, les plus prononcées de toutes, peuvent, malgré leur bizarrerie apparente, être rapportées à deux types principaux, qui ont été parfaitement établis par Charcot et Trastour. Dans le premier, type de flexion, on trouve : flexion de la phalangette sur la phalangine, extension de la phalangine sur la phalange, flexion de la phalange sur les métacarpiens, flexion des métacarpiens et du carpe sur l'avant-bras. Dans le deuxième, type d'extension, les déviations sont précisément inverses, c'est-à-dire, qu'il y a extension de la phalangette sur la phalangine, flexion des phalangines sur les phalanges, extension des phalanges sur les métacarpiens. Suivant la judicieuse remarque de Trastour, on voit qu'il y a dans ces deux types une opposition constante entre l'attitude de la deuxième phalange et celle de la première et de la troisième. Les déformations produisent une succession curieuse de saillies et de dépressions au niveau des articulations digitales. Ajoutons tout de suite que le type de flexion est beaucoup plus fréquent que le type d'extension.

Outre ces deux types, Vidal en admet un troisième dans lequel il y a rigidité du doigt ; la phalange, la phalangine et la phalangette sont sur le même axe, immobiles l'une sur l'autre ; le doigt ainsi rigide est fléchi sur le métacarpien correspondant. Les gonflements qu'il présente au niveau des articulations, lui donnent un aspect moniliforme singulier, et chaque jointure ressemble, comme on l'a dit, à une silique.

En même temps que les déformations dont nous venons de parler, il en est une que l'on rencontre presque toujours associée aux précédentes, c'est la déviation en masse de tous les doigts vers le bord cubital de la main ; la déviation vers le bord radial est exceptionnelle. Ces divers déplacements des segments de la main les uns sur les autres, sont quelquefois assez accusés pour qu'il y ait subluxations des phalanges ou du carpe ; il en résulte des saillies osseuses considérables, qui, jointes aux déformations qui résultent de la tuméfaction des os et de la présence des ostéophytes, achèvent de rendre la main tout à fait difforme.

Les autres articulations présentent aussi des déformations : le coude, gonflé et élargi, est fléchi sur le bras ; la cuisse et la jambe sont ordinairement aussi dans la flexion. Le cou-de-pied est quelquefois ankylosé. Le pied présente, dans un assez grand nombre de cas, des déviations analogues à celles de la main : mais ces déviations y sont toujours beaucoup moins développées : le gros orteil se porte habituellement en dehors, en passant au-dessus ou au-dessous des autres orteils, et l'arti-

culation métatarso-phalangienne fait sur le bord interne du pied une saillie considérable.

A quoi sont dues les déviations et les subluxations dont nous venons de parler? Un certain nombre de causes doivent être prises en considération et semblent avoir leur part dans ces phénomènes complexes. Il faut placer en première ligne l'action musculaire. Nous avons déjà signalé les douleurs et les contractions spasmodiques dont les muscles sont le siége pendant les exacerbations du rhumatisme; il s'y joint plus tard des rétractions toniques que l'on apprécie facilement lorsqu'on cherche à redresser les articulations déviées : on sent alors la résistance élastique propre aux muscles, et ceux-ci sont tendus et soulèvent la peau. Cette action musculaire peut rendre compte à elle seule des déviations osseuses (Charcot) : cependant il faut y joindre, comme causes accessoires, la rétraction des tissus fibreux périarticulaires produite par l'inflammation rhumatismale et par la position des articulations, le poids des membres et les pressions exercées sur eux par les corps environnants, la nécessité pour les malades de choisir une position dans laquelle les articulations soient aussi fixes que possible (Trastour).

La peau qui recouvre les articulations malades semble altérée dans sa texture; elle est blanche, couleur de cire, ordinairement moite et couverte d'une sueur visqueuse. Dans le troisième type de déformation de la main, décrit par E. Vidal sous le nom de forme atrophique, la peau est, d'après cet auteur, lisse, tendue comme un gant, amincie, collée sur les os; les plis ont disparu; la tension, l'inextensibilité et l'adhérence aux tissus sous-jacents sont si marquées, qu'on ne peut pincer les parties molles; l'ongle se continue sans ligne de démarcation avec l'épiderme, et les stries profondes qu'on voit à sa surface, jointes à sa friabilité, témoignent qu'il a subi l'influence morbide (1).

On conçoit, après l'exposé que nous venons de faire des symptômes locaux, que les *troubles fonctionnels* sont très-développés et souvent même portés jusqu'à l'abolition des fonctions; quand les membres supérieurs, par exemple, sont atteints en totalité par la maladie, leurs mouvements peuvent être plus ou moins complétement annihilés; et, s'il en est de même des membres inférieurs, les malheureux malades sont condamnés à une immobilité absolue.

Cet état d'impotence exerce, dans quelques cas, un fâcheux retentissement sur la santé générale : aussi les individus atteints de rhumatisme noueux sont-ils souvent pâles, anémiques; les fonctions digestives languissent. En outre, contraints de garder toujours la même position dans leur lit, ils sont exposés aux eschares du sacrum et des autres parties comprimées, et ces accidents présentent chez eux une grande gravité. Néanmoins, il convient de dire qu'il n'en est pas toujours ainsi; il n'est même pas rare de voir les rhumatisants conserver les apparences d'une assez bonne santé, et même un certain embonpoint.

Les *symptômes généraux* sont très-peu développés dans le rhumatisme noueux. Le plus ordinairement, il n'y a pas de fièvre, même au début de la maladie; ou bien elle apparaît dans les moments d'acuité relative, et, même dans ces cas, elle est peu développée. Les fonctions générales ne sont pas troublées, ou leur alan-

(1) E. Vidal, *loc. cit.*, p. 25.

guissement semble dû à l'absence complète d'exercice. Il y a souvent des sueurs, surtout abondantes pendant la nuit. Les urines, quelquefois un peu chargées durant les accès, sont claires et naturelles dans l'intervalle.

Ainsi, et tous les auteurs sont à peu près d'accord sur ce point, la maladie semble localisée exclusivement sur les articulations ; et les différents appareils restent sains, ou bien s'ils présentent quelques troubles, ceux-ci n'ont aucun rapport avec l'affection rhumatismale. Les sujets atteints de rhumatisme noueux demeurent exposés aux diverses maladies qui peuvent se présenter chez les autres individus ; mais ces maladies ne paraissent unies par aucun lien d'origine avec la maladie articulaire, et il semble qu'on ne voit jamais survenir dans le rhumatisme noueux, ces manifestations qui accompagnent souvent l'état aigu, et qu'on a décrites sous le nom de rhumatismes viscéraux. Cependant Cornil a cherché à établir dans un mémoire récent (1) qu'on rencontrait un certain nombre de complications pathologiques dans le rhumatisme articulaire chronique. Ces complications, comme on va le voir, atteignent précisément les organes qu'envahit d'ordinaire le rhumatisme aigu, et montrent ainsi que la maladie qui nous occupe appartient à la diathèse rhumatismale. Des recherches nouvelles sont encore nécessaires pour établir la fréquence de ces coïncidences du rhumatisme noueux et même démontrer positivement leur réalité. Nous devons donc nous contenter de rapporter les propositions qui résument le mémoire que nous venons de citer ; Cornil conclut de ses recherches :

» 1° Que les maladies du cœur, spécialement la péricardite aiguë ou chronique, peuvent se rencontrer dans le rhumatisme articulaire chronique, et que, si elles ont été méconnues jusqu'à présent, cela tient uniquement à la difficulté de leur diagnostic pendant la vie ;

» 2° Que les maladies des organes excréteurs de l'urine, la cystite, la pyélonéphrite et l'atrophie consécutive du parenchyme rénal, sont assez fréquentes dans le cours de cette maladie ;

» 3° Que dans certains cas, on peut trouver comme coïncidence une néphrite albumineuse chronique ;

» 4° Que, du côté des voies digestives, survient presque toujours, à une période avancée de la maladie, une dyspepsie caractérisée par l'inappétence, les vomissements et la diarrhée ;

» 5° Que ces diverses complications causent une cachexie particulière qui favorise la production des eschares gangréneuses et des suppurations étendues avec décollement de la peau, accidents qui entraînent la mort des malades, lorsqu'ils ont échappé aux causes de mort précédentes. »

Vidal a rapporté dans sa thèse un cas de rhumatisme noueux dans le cours duquel se développèrent des accidents cérébraux analogues à ceux qu'on a observés dans le cours du rhumatisme aigu. Jusqu'ici cette observation est unique, mais elle n'en est pas moins importante en ce qu'elle montre aussi qu'il peut survenir, même dans le rhumatisme noueux, des complications analogues à celles qu'on rencontre dans le rhumatisme articulaire aigu.

(1) *Comptes rendus des séances*, et *Mémoires de la Société de biologie* (*Gazette médicale*, Paris, 1864).

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

La marche du rhumatisme noueux est essentiellement chronique. Tantôt il débute lentement, sourdement, par quelques douleurs vagues dans les jointures, accompagnées d'un gonflement léger et de roideur ; peu à peu les altérations se prononcent davantage, et conduisent à ces déformations extrêmes que nous avons énumérées ; mais tout ce travail morbide s'accomplit sans fièvre, sans réaction générale, et il est très-rare de rencontrer, dans les antécédents des malheureux infirmes qu'on observe, des attaques franches de rhumatisme aigu. Tantôt, presque exceptionnellement, la maladie présente à son début quelques phénomènes passagers d'acuité, et ce n'est qu'après plusieurs retours de ces attaques subaiguës que les déformations apparaissent ; la maladie prend alors droit de domicile dans les jointures, devient régulièrement progressive, et conduit aux mêmes résultats que dans le cas précédent.

Pourtant il arrive quelquefois que, durant tout son cours, elle présente par intervalles des paroxysmes, sortes de bouffées fluxionnaires entées sur un fond essentiellement chronique. Charcot a montré que l'âge auquel paraissent les premiers accidents avait une grande importance au point de vue de la marche du rhumatisme noueux (1). Lorsque la maladie commence chez des individus encore jeunes, la succession des phénomènes morbides est rapide, un grand nombre de jointures sont prises à la fois, et en peu de temps les déformations deviennent considérables ; les douleurs sont vives, accompagnées d'excitation fébrile ; mais en revanche, la maladie peut s'arrêter après un temps variable, et laisse seulement des difformités et des infirmités indélébiles. Chez les personnes âgées, la progression des symptômes est beaucoup plus lente ; les difformités se prononcent de plus en plus ; la maladie ne présente plus cette activité et cette rapidité relatives, mais lentement, progressivement, elle conduit aux mêmes altérations.

La *durée* du rhumatisme noueux est toujours très-longue. On peut même dire qu'elle est illimitée, si l'on a égard aux infirmités incurables qu'il peut laisser après lui ; mais si l'on ne tient compte que de la période de progrès de la maladie, on voit, d'après ce qui précède, que la durée varie surtout en raison de l'âge des sujets. Elle est approximativement de six mois à deux ou trois ans chez les personnes jeunes, beaucoup plus longue chez les personnes âgées.

Quant aux *terminaisons*, nous les avons déjà indiquées en parlant de la marche de la maladie. Tantôt le rhumatisme noueux ne se termine pour ainsi dire pas : constamment progressif, bien que avec une rapidité variable, il amène des difformités de plus en plus prononcées ; tantôt ses progrès s'arrêtent ; plusieurs symptômes de la maladie, et en particulier les douleurs, peuvent disparaître ; les difformités persistent avec les infirmités qu'elles entraînent. Mais dans une maladie chronique, sur laquelle les moyens thérapeutiques n'ont que bien peu d'action, la disparition des douleurs n'est-elle pas une sorte de guérison ? Le rhumatisme noueux n'entraîne jamais la mort, et beaucoup des individus qui en sont atteints parviennent à un âge avancé ; pourtant il peut arriver que cette funeste terminaison soit le résultat des complications que nous avons énumérées plus haut.

(1) Charcot, *loc. cit.*, p. 29 et 30.

Nous ne nous arrêterons pas au *diagnostic* du rhumatisme noueux. Son siége particulier, le mode d'envahissement tout spécial des différentes jointures, les déformations qu'il entraîne à sa suite, le différencient suffisamment du rhumatisme chronique ordinaire. On pourrait peut-être plutôt le confondre avec la goutte, et nous avons vu que quelques auteurs avaient volontairement fait cette confusion ; l'étude des différences qui séparent ces deux maladies sera mieux placée à l'article GOUTTE ; qu'il nous suffise de signaler ici que le rhumatisme noueux se distingue surtout de la goutte en ce que les déformations articulaires sont produites, non par des tophus, mais par des altérations des extrémités osseuses ; en ce qu'on n'y observe ni la diathèse urique, ni les troubles des organes urinaires si communs dans la goutte ; enfin en ce qu'il se développe presque exclusivement chez la femme.

Les *lésions anatomiques* que l'on a rencontrées dans le rhumatisme noueux sont absolument semblables à celles qui appartiennent au rhumatisme chronique ; nous renvoyons donc le lecteur à ce que nous en avons dit dans le chapitre précédent.

§ V. — Traitement.

Un grand nombre de médications ont été essayées pour le traitement du rhumatisme noueux ; mais, il faut le dire, la plupart des essais ont été infructueux. Tous les médicaments qui ont été employés contre le rhumatisme articulaire chronique ont été aussi appliqués à la forme spéciale que nous venons de décrire ; on a surtout préconisé les sudorifiques, l'iodure de potassium, les mercuriaux, les bains de sublimé, le soufre, etc. Nous ne reviendrons pas sur l'emploi de ces remèdes qui a été exposé avec de suffisants détails dans l'article précédent.

Mais nous devons signaler quelques médications qui ont été, dans ces derniers temps, l'objet de recherches nombreuses, persévérantes, et qui ont pu, dans un assez grand nombre de cas, donner des résultats heureux : si la guérison n'a été que rarement obtenue, on a pu du moins enrayer la marche de la maladie, s'opposer à son extension, quelquefois même la faire rétrograder. Dans une maladie réputée incurable, une amélioration vraie peut être comptée pour un succès.

Hydrothérapie. — L'hydrothérapie a donné quelques guérisons. Trastour en a, dans sa thèse, rapporté plusieurs exemples empruntés à Bonnet, Scoutetten, Vidart et Fleury. Il faut être prévenu que ce traitement peut, dans le commencement, amener une exacerbation des douleurs et même un peu d'excitation fébrile ; mais cette aggravation est de peu de durée, et de tarde pas à faire place à une réelle amélioration.

Arsenicaux. — Noël Gueneau de Mussy (1) a obtenu de très-bons résultats de la médication arsenicale dans le traitement du rhumatisme noueux. L'arsenic est employé le plus souvent à l'extérieur, en bains, dans lesquels on fait dissoudre le mélange suivant :

Sous-carbonate de soude	100 à 150 gram.
Arséniate de soude	1 à 8 gram.

Le mélange de l'arséniate et du carbonate est plus excitant que l'arséniate seul. Aussi lorsqu'il y a quelques phénomènes de stimulation, vaut-il mieux employer

(1) Noël Gueneau de Mussy, *Bull. de thérapeutique*, 1864, p. 241.

l'arséniate seul, à doses modérées. Les bains doivent être pris tièdes, entre 33 et 36 degrés centigrades; leur durée est de trois quarts d'heure à une heure. Au début, le malade doit prendre un bain tous les deux jours; s'il les supporte bien, il en pourra prendre deux, trois, quatre de suite; on devra de temps en temps ménager des repos, pour laisser se calmer la stimulation que les bains déterminent.

Voici, d'après Gueneau de Mussy, les effets de ces bains : le plus souvent, soulagés après sept à huit bains, les malades ont dû en prendre au moins une trentaine pour recouvrer l'usage des articulations. Dans quelques cas, cette médication a soulagé sans guérir, plus rarement elle a complétement échoué.

Dans les cas où l'excitation générale est trop vive, Gueneau de Mussy remplace les bains arsenicaux par l'arsenic à l'intérieur, sous forme de solution de Fowler. Le même auteur recommande, à titre d'adjuvant de la médication arsenicale et pour stimuler les fonctions nutritives, les toniques et surtout le quinquina, le sirop antiscorbutique. Le massage, la gymnastique rhythmée peuvent servir à consolider la guérison.

Iode à l'intérieur. — Lasègue, ayant obtenu des effets avantageux de l'iode dans des cas de gonflement osseux réputés de nature rhumatismale, eut l'idée de recourir à ce médicament dans le rhumatisme noueux. Les résultats de cette tentative ont été généralement très-avantageux. Lasègue a rapporté (1) trois cas dans lesquels la teinture d'iode a produit les meilleurs effets, alors que plusieurs autres remèdes avaient été impuissants. La durée du traitement a été de cinq ou six semaines en moyenne. La teinture d'iode a été la seule préparation employée.

Nous empruntons au mémoire de Lasègue les détails relatifs au mode d'administration et aux effets du médicament : « L'ingestion d'iode est exempte d'inconvénients; seulement il est de règle absolue de n'administrer l'iode qu'au moment du repas. L'estomac, à l'état de vacuité, le tolère difficilement, et il occasionne des gastralgies qui ont une frappante analogie avec celles que les ferrugineux provoquent chez certains malades. Pris pendant le repas, il active la digestion plutôt qu'il ne l'entrave, et, sous ce rapport même, il ne serait pas déplacé parmi les stimulants digestifs. Jamais il ne cause ni douleurs, ni vomissements, ni diarrhée, ni accidents gastriques d'aucun ordre, quelle que soit la susceptibilité des sujets.

La dose que j'ai prescrite a été élevée progressivement de huit à dix gouttes deux fois par jour, à 5 et 6 grammes pendant le repas, en prenant pour excipient un peu d'eau sucrée ou de préférence du vin d'Espagne qui masque mieux la saveur. »

Trousseau a employé aussi la teinture d'iode contre le rhumatisme noueux, et croit qu'il agit avec plus de constance qu'aucun autre médicament sur les nodosités articulaires (2). Comme moyens adjuvants de ce traitement, Trousseau conseille les *douches* ou les *bains locaux de sable chaud* : « C'est là, dit-il, un moyen résolutif et calmant d'une puissance considérable, à la condition de savoir en ordonner l'emploi. Il faut plonger les parties affectées dans du sable chaud, ou laisser tomber sur elles du sable à une aussi haute température que possible. Les malades accusent alors une sensation de brûlure très-pénible; cependant on peut toujours mesurer,

(1) Lasègue, *Arch. de méd.*, 5e série, t. VIII, p. 301.
(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., t. III, p. 38.

à l'aide du thermomètre, le degré de chaleur toléré par chaque malade. Cette température peut être de 60 à 70 degrés centigrades. Les douches ou les bains de sable chaud doivent être employés deux à trois fois par jour et pendant une ou deux heures. Il est important que le sable soit maintenu au même degré de température. »

Aucun de ces moyens ne peut être considéré comme spécifique contre le rhumatisme noueux; on doit pourtant conseiller leur emploi, puisqu'ils améliorent une maladie rebelle et très-pénible; mais il ne faut pas oublier que, pour en obtenir ce qu'ils peuvent donner, il est nécessaire d'en continuer l'usage longtemps et avec persévérance.

Les *eaux minérales* naturelles ont été employées dans le traitement du rhumatisme noueux; mais les résultats qu'on a obtenus de cette médication sont au moins douteux. Le grand nombre d'eaux, de composition diverse, que l'on a préconisées, donnerait même à penser qu'aucune d'elles ne jouit d'une efficacité réelle; et l'on serait fort embarrassé de dire celles que l'on doit préférer. On a surtout vanté les eaux sulfureuses et les eaux salines bicarbonatées; nous n'avons pas à revenir sur ce sujet, dont il a été question à propos du RHUMATISME CHRONIQUE. Durand-Fardel pense que ces eaux agissent moins par leur minéralisation que par leur thermalité et par l'emploi des agents balnéothérapiques, tels que douches, étuves, etc. (1); on devra donc s'adresser de préférence aux stations qui joindront à une thermalité élevée une installation convenable.

On a signalé aussi de bons effets obtenus par l'emploi des eaux minérales riches en arsenic, telles que *Plombières* et le *Mont-Dore*. C'est l'efficacité reconnue de ces eaux qui a conduit Gueneau de Mussy à l'emploi de la médication arsenicale dans le rhumatisme noueux.]

ARTICLE III.

RHUMATISME MUSCULAIRE.

On tend aujourd'hui à regarder le rhumatisme musculaire comme une névralgie ayant son siége dans les muscles. Déjà Roche (2) et Cruveilhier avaient nettement formulé cette opinion qui avait vaguement cours dans la science, puisque certains rhumatismes avaient reçu le nom de *rhumatisme nerveux*.

Fréquemment les sujets affectés de névralgie éprouvent dans quelques muscles des douleurs qui ont tout le caractère du rhumatisme. Le rhumatisme musculaire a, sous le rapport de ses symptômes, de leur marche, de leurs exacerbations, de l'absence de lésions anatomiques appréciables, la plus grande ressemblance avec la névralgie. Ces affections se transforment souvent l'une dans l'autre. De ces faits et de ceux rapportés à l'article DERMALGIE, nous concluons que la douleur, symptôme capital de la névralgie, se traduit, à notre observation, de trois manières différentes. Si elle reste concentrée dans les nerfs, on trouve les points douloureux isolés caractéristiques : il y a une *névralgie proprement dite*. Si la douleur se

(1) Durand-Fardel, *Dictionnaire des eaux minérales*, 1860, art. RHUMATISME.

(2) Roche, *Dictionnaire de méd. et de chir. prat.* Paris, 1829, t. III, art. ARTHRITE.

répand dans les muscles, les contractions musculaires sont principalement douloureuses : il y a *rhumatisme musculaire.* Si elle se répand dans la peau, il en résulte une sensibilité excessive de la surface cutanée : il existe une *dermalgie* (1). Ces trois formes d'une même action peuvent se montrer toutes ensemble ou bien deux à deux : névralgie et dermalgie ; névralgie et rhumatisme ; rhumatisme et dermalgie.

Le rhumatisme musculaire dont nous venons de parler est celui qui a reçu le nom de *rhumatisme nerveux.* Existe-t-il un *rhumatisme inflammatoire* ou d'une autre nature ? Rien ne le prouve. On a, il est vrai, cité des cas dans lesquels de vives douleurs musculaires ont été suivies du gonflement, du ramollissement et de la suppuration des muscles, et d'autres où l'on a vu une sécrétion gélatiniforme se former autour des fibres musculaires, et celles-ci se rétracter, s'indurer, s'ossifier. Doit-on voir dans tout cela des rhumatismes musculaires ? Quant à l'inflammation avec suppuration des muscles, on peut répondre hardiment non. Dans les cas de ce genre, la marche de la maladie n'est pas celle du rhumatisme, et sa terminaison exclut toute idée de l'affection dont nous nous occupons. L'affection mérite alors le nom de *myosite.*

Il serait bon qu'on réservât le nom de rhumatisme pour le rhumatisme nerveux ou névralgie des muscles, et qu'on désignât les autres par des noms particuliers.

Chomel et Requin ont consacré une assez grande partie de leur ouvrage à cette espèce de rhumatisme.

Nous allons étudier d'abord le rhumatisme musculaire en général. Nous n'aurons ensuite qu'à signaler les particularités appartenant à chaque espèce.

RHUMATISME MUSCULAIRE EN GÉNÉRAL.

Le rhumatisme peut être *aigu* ou *chronique.* Nous rappellerons cette division lorsque nous ferons la description des symptômes.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Pour nous, le véritable rhumatisme musculaire, tel qu'on l'observe dans l'immense majorité des cas, est caractérisé par de simples douleurs ayant leur siége dans les muscles, et de nature nerveuse. Les variétés qui ne sont pas comprises dans cette définition ne sont pas assez importantes pour nous occuper davantage ici.

Cette maladie a reçu les noms de *myositis*, *myo-rhumatisme*, *myodynie.* Sa très-grande fréquence est bien connue de tout le monde.

« Le rhumatisme musculaire, disent Chomel et Requin, peut avoir son siége dans toutes les régions du corps ; mais néanmoins il attaque le tronc plus fréquemment que les membres. Le lumbago, le torticolis et la pleurodynie sont les espèces les plus communes, et quand les membres sont atteints, c'est presque toujours dans les parties les plus voisines du tronc. »

A ces espèces, que Chomel et Requin comptent avec raison parmi les plus com-

(1) Voy. l'article DERMALGIE, t. I.

munes, nous croyons devoir joindre le rhumatisme de l'épaule, auquel on n'a pas fait une attention suffisante, et que l'on peut appeler *scapulodynie* (1).

§ II. — Causes.

Parmi les *causes prédisposantes*, il n'est guère que l'*âge adulte* et l'*hérédité* que nous ayons à signaler, et la seule *cause occasionnelle* qui ait été attribuée à cette affection, est l'impression prolongée du froid et surtout du froid humide. On a, il est vrai, regardé aussi l'action subite du froid sur le corps en sueur, et la suppression de la transpiration cutanée, comme des causes très-actives d'un rhumatisme musculaire; mais, sans prétendre que ces causes n'exercent pas leur influence dans quelques circonstances, nous ferons remarquer que les cas authentiques de ce genre sont très-rares, et que c'est à l'action prolongée du froid humide que se rapportent presque tous les exemples de rhumatisme musculaire cité par les auteurs.

Fréquemment il est impossible de découvrir aucune cause occasionnelle à cette affection, et cette circonstance mérite d'être signalée, parce qu'elle rapproche encore le rhumatisme musculaire de la névralgie, qui se trouve dans le même cas.

§ III. — Symptômes.

1° *Rhumatisme musculaire aigu.* — Le *début* n'est ordinairement pas subit. Cependant nous avons vu une fois une douleur musculaire de l'épaule se développer brusquement et persister pendant plusieurs jours, après un simple mouvement du bras, sans aucun effort. Nous reviendrons sur ce fait, à propos de quelques douleurs musculaires subites dont nous parlerons plus loin. En pareilles circonstances, les choses se passent comme dans certains cas de névralgie.

Le plus souvent il survient une *douleur* d'abord sourde, puis augmentant d'intensité, et devenant en quelques heures, ou au plus en un ou deux jours, tout à fait insupportable. Lorsque le malade reste immobile, les muscles affectés étant dans le relâchement, la douleur est en général très-supportable, souvent nulle; cependant il survient, de moment en moment, chez un bon nombre de malades, des élancements douloureux qui se font sentir dans un ou plusieurs points des muscles affectés.

Ces élancements, dans un certain nombre de cas que nous avons recueillis, étaient un peu différents de ceux qu'on observe dans la névralgie proprement dite; au lieu d'être des éclairs de douleur, traversant vivement le point affecté, et se portant souvent d'un point à un autre, c'étaient des espèces d'*épreintes musculaires :* les malades se plaignaient, en effet, d'éprouver la sensation d'une *pression*, d'une *contraction* d'abord médiocrement douloureuse, puis portée promptement à un degré extrême, et cessant ensuite brusquement. Le temps que durent ces douleurs est à peine de quelques secondes. Elles se reproduisent à des intervalles variables, souvent au bout de deux ou trois minutes pendant un certain temps; puis elles cessent, pour se reproduire de nouveau plus tard, à plusieurs reprises. Il

(1) C'est un mot peu correct; il en sera de même de quelques autres dont nous nous servirons plus loin; mais qu'importe, puisqu'ils désignent parfaitement les espèces peu connues que nous avons à décrire.

y a, comme on le voit, quelques différences, mais aussi beaucoup d'analogie entre ces *douleurs spontanées* et celles des névralgies. Le siége seul paraît être la cause de ces nuances.

Si l'on presse sur ces points, on cause une douleur assez vive, et ordinairement tout le muscle est sensible à la *pression*. Les points ne sont pas limités, comme dans la névralgie proprement dite. Cette *douleur provoquée* n'est pas, du reste, comparable, sous le rapport de son intensité, à la douleur que produit la pression sur les points névralgiques, dans les cas de névralgie violente et pendant les paroxysmes.

Ce qui constitue le caractère essentiel du rhumatisme musculaire aigu, c'est la *douleur pendant les mouvements qui nécessitent la contraction des muscles affectés*. Cette douleur est si vive, que le mouvement est brusquement arrêté; que des gémissements, des cris, sont arrachés au malade; que celui-ci ne peut enfin, sans un effort violent pour vaincre la douleur, achever le mouvement commencé, qui a presque toujours pour but un changement de position.

La recherche d'une *position* convenable et non douloureuse est, en effet, ce qui préoccupe presque constamment le malade. Lorsqu'il l'a trouvée, il éprouve le plus grand soulagement, et peut se croire débarrassé de sa douleur; mais cet espoir dure peu. Les contractions involontaires des muscles nécessaires pour maintenir la station dans la position nouvellement prise, occasionnent d'abord une faible douleur qui devient ensuite plus vive, jusqu'à ce qu'enfin elle soit insupportable, et que cette position, d'abord si facile, doive être changée contre une autre.

Dans le jour, le malade, maître de ses mouvements, éprouve moins fréquemment les douleurs brusques et vives causées par un déplacement rapide; mais, pendant la nuit, la position prise au moment de s'endormir ne tarde pas à être insupportable; le malade, tout endormi, cherche instinctivement à en prendre une autre, et il est réveillé en sursaut par une douleur qui lui arrache un cri. Cette apparition brusque de la douleur se renouvelle ordinairement à de courts intervalles, de telle sorte que le malade passe la nuit dans une agitation continuelle et dans de vives souffrances, qu'on a attribuées à la *chaleur du lit*, mais qui sont bien plutôt le résultat de la position. Ces phénomènes se font remarquer surtout dans le rhumatisme de l'épaule.

Fréquemment la douleur finit par devenir assez vive pour causer une *insomnie* complète; c'est alors surtout que les malades cherchent vainement une position favorable, et se retournent à chaque instant dans leur lit, en poussant des cris plaintifs. On a encore attribué, dans ce cas, l'augmentation de la douleur à la chaleur du lit, et l'on en a donné pour preuve le soulagement que les malades éprouvent en se levant et en prenant la position assise; mais je ferai remarquer : 1° que bien souvent la position assise ne tarde pas à devenir aussi insupportable que la position couchée; que dans ces cas les malades tantôt se lèvent, tantôt se recouchent, sans pouvoir trouver plus de soulagement dans la fraîcheur de l'appartement que dans la chaleur du lit; 2° que, dans les cas où le soulagement est persistant, on en trouve encore la raison dans les résultats de la position. C'est dans les cas de rhumatisme de l'épaule et du cou que le lit est surtout pénible; dans les cas de ce genre, les muscles affectés sont bien plus dans le relâchement lorsque les malades sont assis que lorsqu'ils sont couchés.

Il est certains moments indéterminés de la journée ou de la nuit où la douleur musculaire, avec toutes les nuances qui viennent d'être décrites, prend une intensité beaucoup plus grande ; ces exaspérations ou *paroxysmes* sont un trait de plus de ressemblance du rhumatisme musculaire et de la névralgie.

On a donné la *mobilité* comme un des principaux caractères du rhumatisme musculaire ; mais c'est à propos de ce caractère qu'il est utile d'établir une distinction entre le rhumatisme musculaire aigu et le rhumatisme musculaire chronique. Il est rare qu'à l'état aigu le rhumatisme se déplace. Cependant ce caractère ne laisse pas d'exister, car on voit des douleurs très-vives se porter d'une épaule au côté, à l'abdomen, aux lombes ; mais ce déplacement est infiniment moins fréquent que dans le rhumatisme chronique. On ne peut donc pas dire, avec les auteurs du *Compendium de médecine :* « Lorsqu'il (le rhumatisme) est aigu, il parcourt ainsi successivement plusieurs parties de l'appareil locomoteur, et se termine en deux ou trois jours dans son premier siége. A l'état chronique, il a plus de fixité, et ressemble sous ce rapport au rhumatisme mono-articulaire ; il persiste opiniâtrément, pendant plusieurs semaines, quelquefois plusieurs mois, dans les muscles, où il finit par prendre, en quelque sorte, droit de domicile. »

L'observation d'un grand nombre de cas nous a prouvé la vérité de la proposition contraire. Il n'est pas douteux que les choses peuvent se passer ainsi ; mais certainement ce n'est pas là la règle.

Nous ne parlons pas ici du sentiment de *fraîcheur* que quelques malades disent éprouver ; c'est dans le rhumatisme chronique que l'on a noté ces sensations particulières.

Si, au milieu de ces vives souffrances, on examine le point affecté, on ne trouve rien d'appréciable à l'extérieur. Dans les cas où l'on a trouvé la rougeur, la tuméfaction, la chaleur, on avait affaire à une autre affection ; il s'agissait soit d'un érythème, soit d'une inflammation des muscles, etc.

Il est rare qu'il y ait d'autres symptômes que ceux qui viennent d'être décrits, lors même que la douleur est le plus intense. Quelquefois cependant on a noté de légères *horripilations*, un peu de *chaleur*, du *malaise*, de la *céphalalgie*, une légère accélération du *pouls ;* mais ces symptômes, qui sont presque toujours la conséquence de l'agitation et de l'insomnie, ont une médiocre intensité, et ne tardent pas à se dissiper ; le plus souvent on voit, avec un rhumatisme musculaire aigu des plus intenses, et qui ne permet pas la moindre contraction des muscles affectés, l'*appétit* se conserver, le *pouls* garder sa fréquence normale, et toutes les fonctions s'exécuter parfaitement.

Si l'on a attribué d'autres symptômes à cette affection, c'est que l'on a eu en vue d'autres maladies, et notamment l'inflammation des muscles, dans laquelle la douleur doit de toute nécessité ressembler à la douleur rhumatismale, mais qui n'est nullement un rhumatisme.

2° *Rhumatisme musculaire chronique.* — Le rhumatisme musculaire chronique est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense communément : ce qui a fait croire qu'il n'en était pas ainsi, c'est que, dans cette forme de rhumatisme, il y a de loin en loin des exacerbations, et qu'on n'a tenu compte que de ces exacerbations. Si l'on interroge avec soin un grand nombre de sujets, on voit qu'il y en a plus qu'on ne l'avait pensé qui souffrent habituellement d'une épaule, des reins, d'un côté ; ces douleurs

sont ordinairement si légères, que les grandes contractions seules les réveillent, tandis qu'à des intervalles variés elles prennent une plus grande intensité et fatiguent beaucoup les malades. Telle est une des formes les plus fréquentes du rhumatisme musculaire chronique ; elle n'empêche nullement les malades de vaquer à leurs occupations et ne gêne aucune fonction. Le plus souvent même, aux époques où la douleur prend une plus grande intensité, cette exacerbation n'est pas assez considérable pour rien changer aux habitudes du sujet.

Chez certains individus, le rhumatisme a une plus grande étendue : il occupe un grand nombre de muscles du corps ; mais il ne présente pas d'autres caractères, ni une plus grande intensité. Dans les deux formes précédentes, il arrive ordinairement que l'exercice dissipe les douleurs ; lorsque, par exemple, les membres inférieurs sont affectés, les premiers pas sont difficiles, puis, après quelques moments de marche, tout se dissipe.

Le rhumatisme musculaire chronique peut être beaucoup plus intense : on voit des sujets souffrir constamment, à un plus ou moins haut degré, de quelque partie du corps. La douleur, chez eux, occupe tantôt un point, tantôt un autre ; mais elle a presque toujours un siége de prédilection, où elle se fait sentir avec plus de constance et plus d'intensité. Cette particularité a fait dire que le rhumatisme musculaire chronique a plus de fixité que le rhumatisme musculaire aigu, tandis qu'il suffit d'en observer quelques cas pour s'assurer que le premier se transporte beaucoup plus facilement d'un point dans un autre. Cette *mobilité* a une importance qu'il est inutile de faire remarquer.

Les sujets atteints de rhumatisme musculaire chronique, surtout lorsque cette maladie revêt la dernière forme que nous venons d'indiquer, se fatiguent facilement ; ils sont aisément courbaturés ; les grands efforts pour soulever un fardeau, pour frapper, etc., rendent douloureux les muscles qui se sont contractés, et principalement ceux qui sont habituellement le siége d'une douleur supportable. C'est surtout dans ces cas que l'on voit des douleurs subites très-aiguës se manifester à la suite de violentes contractions, et les sujets dont il s'agit sont les plus exposés à être atteints du rhumatisme musculaire aigu tel qu'il a été décrit plus haut.

Il est une forme de rhumatisme musculaire chronique qui a pour caractère l'intensité, la fixité, la persistance à un degré à peu près le même, de la douleur rhumatismale ; cette forme de la maladie se montre surtout dans l'épaule et dans les lombes. En pareil cas, les muscles affectés sont presque réduits à l'immobilité ; les contractions y sont presque toujours douloureuses, et il en résulte une atrophie plus ou moins considérable. Les cas de ce genre sont rares.

Quant à ceux où l'on a observé la rétraction musculaire, l'ossification des muscles, etc., il faut de nouvelles recherches pour fixer notre opinion sur ce point.

§ IV. — Complications.

On a cité comme une complication fréquente la coexistence du rhumatisme articulaire et du rhumatisme musculaire, et l'on a dit que les individus sujets à la première de ces deux maladies l'étaient aussi à la seconde. Il n'y a rien d'exact dans ces propositions. Sans doute on a vu des cas dans lesquels les deux rhumatismes existaient ensemble ; mais la proportion n'est pas, à beaucoup près, assez

forte pour que l'on en tire une semblable conclusion, et le rhumatisme musculaire est une affection si fréquente, qu'il n'est nullement étonnant qu'on la rencontre dans la plupart des autres maladies.

Nous ne pouvons rien dire de précis sur la *complication par une névralgie ;* elle n'est pas rare ; le rhumatisme musculaire peut se transformer en névralgie proprement dite, et chez quelques sujets on voit alterner fréquemment ces deux affections.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche du *rhumatisme aigu* est continue, mais avec de grandes exacerbations. Par moments, les malades se sentent très-soulagés : s'ils veulent contracter les muscles affectés, ils s'aperçoivent que la douleur est loin d'être dissipée. Dans le *rhumatisme musculaire chronique*, les exacerbations sont bien plus marquées encore, parce que, pendant des intervalles souvent très-longs, il n'existe qu'une douleur légère et qui ne devient notable que dans les grands mouvements. Dans un certain nombre de cas, il y a intermittence, et la douleur disparaît complétement pendant des temps plus ou moins longs, se reproduisant, dans l'immense majorité des cas, plusieurs fois dans une année. La durée du rhumatisme musculaire aigu n'est ordinairement que de trois à huit ou dix jours. Dans quelques cas, il se prolonge pendant plusieurs semaines ; alors il y a des périodes de rémission bien tranchées.

Cette affection ne se termine pas par la mort. Après plusieurs attaques de rhumatisme musculaire aigu, on voit souvent survenir le rhumatisme chronique. On a cité des cas de *paralysie partielle*, suites d'un rhumatisme musculaire. C'est surtout dans la *scapulodynie*, dont nous parlerons plus loin, que l'on a observé cette *terminaison.*

§ VI. — Lésions anatomiques.

Presque jamais on ne trouve de lésions dans les muscles affectés. Si le rhumatisme est resté longtemps fixé dans un point et y a conservé une assez grande intensité pour empêcher les mouvements, l'atrophie des muscles affectés et celle du membre condamné à l'immobilité en sont le résultat. Il en est de même lorsque la *paralysie partielle* est la conséquence du rhumatisme musculaire. Quant à l'infiltration gélatiniforme, à l'ossification, à la rétraction des muscles, il n'est pas encore permis de considérer les affections qui donnent lieu à ces résultats comme identiques avec celles que nous venons de décrire, et il faut étudier cette question difficile en ayant soin de ne pas se laisser abuser par de simples apparences, comme on l'a fait quand on a pris l'inflammation des muscles, la *myosite* (1), pour un simple rhumatisme. Ces derniers mots font voir que nous ne regardons pas comme des rhumatismes musculaires les cas où l'on a trouvé la suppuration des muscles.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Dans presque tous les cas douteux, c'est entre l'existence du rhumatisme musculaire et celle de la névralgie que l'on a à se prononcer.

(1) Voyez, à ce sujet, Dionis des Carrières, qui a fait de la myosite l'objet de recherches intéressantes : *Études sur la myosite*, thèse. Paris, 1851.

Les signes distinctifs variant suivant chaque espèce de rhumatisme, à cause du siége de l'affection, c'est lorsqu'on arrive à faire l'histoire de ces diverses espèces qu'on peut tracer un diagnostic différentiel vraiment utile. Le rhumatisme diffère de la *névralgie proprement dite* en ce que la douleur occupe une plus grande surface : les points douloureux à la pression sont moins limités ; ces points se trouvent surtout aux attaches des muscles et non sur le trajet d'un nerf, et la contraction musculaire cause une souffrance hors de toute proportion avec les autres douleurs spontanées ou provoquées, tandis que dans la névralgie, c'est le contraire que l'on observe le plus souvent.

L'*inflammation d'un muscle*, la *myosite*, se distingue du rhumatisme musculaire par l'intensité de la douleur, qui est extrême ; par l'impossibilité absolue des contractions ; par l'absence de soulagements passagers aussi marqués que dans le rhumatisme ; par le gonflement, et quelquefois la rougeur et l'empâtement de la partie affectée, si le muscle est superficiel ; par l'intensité extrême de la douleur à la pression ; par sa fixité dans un point situé vers le centre du muscle et non aux attaches ; enfin par la fièvre et l'altération des principales fonctions.

Pronostic. — Le pronostic n'a rien de grave. Le rhumatisme chronique est une maladie des plus rebelles. Quelques espèces, comme le lumbago, la pleurodynie, la scapulodynie, qui sont les plus fréquentes, sont aussi les plus difficiles à guérir.

§ VIII. — Traitement.

1° *Traitement du rhumatisme musculaire aigu.* — Si le mal est léger, on se contente de prescrire un *bain simple*, des *cataplasmes émollients*, le repos dans une *position* telle que les muscles affectés soient dans le relâchement. Si le rhumatisme est très-violent, il faut recourir aux *émissions sanguines*. La *saignée générale* est rarement mise en usage dans ces cas ; cependant si le sujet est robuste et sanguin, l'extraction d'une assez grande quantité de sang par la veine est un moyen qui a des avantages réels et qu'on ne doit pas négliger. Les *ventouses scarifiées* sont d'un usage général dans cette affection, ainsi que les *sangsues* appliquées à plusieurs reprises, si la persistance des douleurs l'exige.

A l'aide de ces seuls moyens et de quelques boissons *sudorifiques*, telles que l'infusion de *sureau* et de *bourrache*, on parvient facilement à faire disparaître le rhumatisme musculaire aigu dans le plus grand nombre des cas. Les émissions sanguines locales, et l'application des sangsues en particulier, ont une efficacité chaque jour démontrée par les faits. Dès le lendemain de la première application, le soulagement est très-considérable, et au bout de peu de temps tous les symptômes sont dissipés.

Si la douleur résiste, on a recours à quelques *topiques excitants*, tels que les *sinapismes*, le *chloroforme*, les liniments avec l'*alcali volatil*, les *cataplasmes à l'alcool saturé de camphre*, les frictions avec l'alcool camphré, une solution de savon, etc. Nous faisons remarquer ce nouveau trait de ressemblance entre le rhumatisme musculaire et la névralgie, qui, elle aussi, cède parfois aux applications sur la peau des moyens que nous venons d'énumérer.

Si la douleur est rebelle et tend à passer à l'état chronique, on a recours aux *vésicatoires*, aux *cautères*, aux *moxas*. Les cas de ce genre sont rares. Pour que

les vésicatoires agissent, on est souvent obligé de les entretenir, ou mieux de les multiplier, comme dans les névralgies. Ce qui nous a réussi le mieux dans des cas très-rebelles de *scapulodynie*, c'est l'application de larges vésicatoires sur lesquels on appliquait du *chlorhydrate de morphine* à dose croissante de 1 à 5 ou 6 centigrammes.

2° *Traitement du rhumatisme musculaire chronique.* — Dans les cas d'exacerbations violentes et de retour à l'état aigu du rhumatisme musculaire chronique, on met en usage les moyens qui ont été énumérés plus haut. L'existence de la douleur chronique ne change rien à la pratique ordinaire. Si la douleur a perdu son acuité, on a très-fréquemment recours aux *vésicatoires* à demeure ou aux vésicatoires volants et multipliés. Ce moyen, quoique réellement utile, est notablement moins efficace, lorsque la douleur siége bien évidemment dans un ou plusieurs muscles, que lorsqu'elle est bornée au trajet bien connu d'un nerf. Ne doit-on pas admettre que, dans les cas très-nombreux où l'on a vu disparaître très-rapidement la douleur sous l'influence des vésicatoires, il s'agissait d'une névralgie bien caractérisée, d'une névralgie proprement dite, et non d'une névralgie musculaire? C'est une manière de voir qui paraîtra très-légitime à tous ceux qui ont jeté les yeux sur quelques-unes des observations de rhumatisme musculaire publiées avant ces dernières années. Parmi les pleurodynies, les lumbagos, les rhumatismes musculaires de la tête et de l'abdomen, on trouve une très-grande quantité de névralgies intercostales, lombo-abdominales, etc.; et, en pareil cas, les vésicatoires ont dû nécessairement avoir une très-grande efficacité. Cette différence dans l'action d'un même médicament, sur des maladies de même nature, s'explique par la différence du siége.

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi de la *cautérisation transcurrente*, à laquelle on a eu également recours dans des cas où l'on n'a vu qu'un rhumatisme musculaire chronique. On sait combien ce moyen énergique est efficace dans les névralgies. Les *cautères* et les *moxas* sont bien moins fréquemment employés, et il n'est pas assez prouvé qu'ils aient plus d'utilité que les moyens qui viennent d'être mentionnés, pour qu'on passe par-dessus leurs inconvénients bien connus.

Lorsque la douleur, sans être très-incommode par son intensité, l'est par sa persistance, il suffit quelquefois de *frictions sèches* avec une brosse anglaise, avec de la flanelle, un morceau de tissu de grosse laine, etc. Mais ce moyen n'est guère que palliatif, et la douleur, un moment calmée, ne tarde pas à reparaître.

Le *massage* a été beaucoup vanté dans ces dernières années, ainsi que la *percussion* sur les muscles affectés. Lepelletier (1) a rapporté des observations dans lesquelles on voit divers rhumatismes musculaires céder à l'emploi du *massage* et de la *distension forcée.* Il ne peut pas être un instant douteux que ces moyens produisent un soulagement très-marqué, mais on peut leur appliquer la remarque précédente, c'est-à-dire, que, le plus souvent, le soulagement n'est que momentané, et que la douleur se reproduit avec une très-grande facilité.

Mentionnons l'*acupuncture*, l'*électropuncture*, l'*électricité*, l'action de l'*aimant;* nous n'avons rien de positif sur leur degré d'utilité.

(1) Lepelletier, *Union médicale*, 2 et 5 mars 1850.

Les *liniments excitants*, les *topiques excitants* de toute espèce, sont employés dans le rhumatisme musculaire chronique. Chomel et Requin proposent le liniment suivant :

℥ Teinture de cantharides.....	15 gram.	Savon officinal..............	30 gram.
Huile d'amandes douces.....	120 gram.	Camphre....................	2 gram.

Dissoudre le camphre dans l'huile et le savon dans la teinture, puis mélanger le tout. Pour frictions, matin et soir, sur les points douloureux.

Delfrayssé (1) vante comme un excellent spécifique le liniment suivant :

℥ Essence de térébenthine...	30 gram.	Tartre stibié................	4 gram.

Faire quatre frictions à une heure d'intervalle sur la région malade.

Ce médecin cite deux observations seulement à l'appui de son assertion.

Les *eaux thermales* sont regardées comme très-utiles dans le traitement de la maladie qui nous occupe. On recommande les *eaux sulfureuses*, particulièrement. On a de très-fréquentes occasions de voir des malades, partis très-souffrants, revenir débarrassés de leurs douleurs après une ou deux saisons des eaux. Mais quelles étaient les espèces de douleurs dans les divers cas? Voilà ce qu'il serait nécessaire de savoir avant de se prononcer.

Les *bains sulfureux*, les *douches sulfureuses de vapeur*, les *fumigations sulfureuses*, sont de l'usage le plus fréquent, et l'expérience générale nous apprend qu'on en retire de bons effets; mais il reste à déterminer quelles sont les circonstances dans lesquelles ces moyens conviennent particulièrement.

Nous avons encore à signaler ici l'usage de l'*eau froide* à l'*intérieur* et surtout à l'*extérieur*. Des faits nombreux ont été rapportés, qui prouvent les heureux effets de l'*hydrothérapie* dans le rhumatisme musculaire chronique, aussi bien que dans le rhumatisme articulaire. Lorsque la maladie n'a pas une très-grande intensité, c'est-à-dire dans le plus grand nombre des cas, des *lotions froides* sur tout le corps, pratiquées le matin au sortir du lit, et faites en toute saison, sont d'une utilité reconnue par un grand nombre de médecins, et cette pratique se répandant beaucoup, on apprend tous les jours que de nouvelles personnes se sont ainsi débarrassées de douleurs rhumatismales anciennes.

Lorsque le rhumatisme musculaire chronique se montre rebelle à tous ces moyens, on ne doit pas hésiter à mettre en usage les *sels de morphine par la méthode endermique*, et cela avec persévérance. Lorsqu'il ne s'agit que de ces petites douleurs qui ne causent ordinairement qu'une incommodité légère, il n'y a pas lieu de recourir à ce moyen, et les simples palliatifs suffisent. Le sel de morphine, appliqué d'abord à faible dose, peut être élevé, comme nous l'avons dit, dans le traitement du rhumatisme musculaire aigu. Il faut en étendre l'action à plusieurs points à la fois, en appliquant des vésicatoires multipliés sur les endroits les plus douloureux, et en mettant 1 centigramme de sel sur chaque vésicatoire.

(1) Delfrayssé, *Gazette des hôpitaux*, mai 1852.

On a bien souvent recours à de simples liniments sédatifs, le suivant, par exemple :

℞ Huile d'amandes douces.. 60 gram. | Laudanum de Sydenham..... 10 gram.

Mêlez. Pour frictions, deux ou trois fois par jour.

Mais les moyens de ce genre n'ont pas une action bien grande, et ne conviennent que dans les cas où le mal est léger.

Chomel et Requin conseillaient le liniment sédatif suivant :

℞ Baume tranquille..... } aa 60 gram. | Huile de camomille......... } aa 60 gram.
Huile camphrée...... } | Huile de jusquiame........ }

Mêlez. Pour frictions, trois ou quatre fois par jour.

Il est douteux que ce liniment ait une action beaucoup plus grande que le précédent.

Moyens divers. — On a recommandé les *frictions mercurielles*, l'usage du *calomel* à l'intérieur, le *colchique*, les *narcotiques*; à l'extérieur, les lotions, les frictions de *cyanure de potassium*, qu'on pratique ainsi qu'il suit :

℞ Cyanure de potassium. 40 centigram. | Eau.................... 30 gram.

Pour lotions, trois ou quatre fois par jour.

℞ Cyanure de potassium. 20 centigram. | Axonge.................. 30 gram.

Pour frictions sur les points malades, trois ou quatre fois par jour.

Poggiale (1) a communiqué à l'Académie des sciences la formule d'une pommade qu'il considère comme un moyen très-efficace de traitement des douleurs rhumatismales, et à l'appui de l'action de laquelle il rapporte dix-sept observations. Voici cette formule :

℞ Chlorhydrate de morphine.......................... }
Eau distillée, extrait de belladone..................... } q. s.
Onguent populéum................................ }
Axonge macérée dans des feuilles de datura........... }

Le tout aromatisé avec essence de citron ou eau de laurier-cerise.

Nous ne donnons pas les doses, Poggiale ne les ayant pas publiées, mais l'intelligence de nos lecteurs comblera facilement cette lacune.

Dans certains cas où la maladie s'est montrée avec des caractères d'intermittence, on a réussi à la faire disparaître en employant le *traitement antipériodique*; et, d'après ce que nous avons dit plus haut, le rhumatisme, quoique différent de la névralgie proprement dite, étant néanmoins au fond de la même nature, on est autorisé à essayer tous les moyens conseillés contre les névralgies qui n'ont pas été mentionnés dans l'exposé précédent (2).

(1) Poggiale, *Bulletin gén. de thérap.*, 30 décembre 1852.
(2) Voy. article NÉVRALGIE EN GÉNÉRAL (traitement).

Traitement prophylactique. — On recommande aux personnes sujettes au rhumatisme musculaire la sobriété, la modération dans les plaisirs vénériens, un exercice régulier tous les jours, le soin d'éviter le froid humide, et néanmoins de ne pas prendre de trop grandes précautions contre cette cause. Si l'on se couvre trop et si l'on évite avec trop de soin les impressions atmosphériques, on acquiert une très-grande susceptibilité qui expose à voir apparaître les douleurs rhumatismales à la moindre action d'un air un peu frais. Les lotions froides, faites tous les matins, mettent à l'abri de cette susceptibilité. Il faut éviter le refroidissement partiel et prolongé du corps. On voit, en effet, fréquemment des malades qui ne peuvent trouver d'autre cause à leur affection que de s'être découverts la nuit et d'être ainsi restés, pendant un temps qu'ils ne peuvent préciser, exposés au contact de l'air froid. On doit également éviter de s'endormir sur le sol humide; changer de vêtements dès qu'ils sont mouillés, etc.

PRINCIPALES ESPÈCES DE RHUMATISME MUSCULAIRE.

Chacune des espèces que nous allons décrire se manifeste à l'état aigu aussi bien qu'à l'état chronique ; mais, comme il n'y a rien de bien important à dire sous le rapport des formes de la maladie, il suffit de cette indication générale, sauf à revenir à cette distinction si elle devient nécessaire.

1° *Rhumatisme épicrânien* (*céphalodynie*).

Ce rhumatisme occupe le muscle occipito-frontal qui recouvre la région épicrânienne. La douleur se fait principalement sentir vers l'occiput, le front et le sommet de la tête.

On a fréquemment confondu ce rhumatisme avec les névralgies trifaciale et occipitale légères. Ce qui les distingue, c'est que le rhumatisme a son siége des deux côtés, que les élancements y sont beaucoup plus vifs, et que les points douloureux, ou points d'émergence des nerfs, sont moins sensibles à la pression, tandis que la contraction du muscle qui tend à mouvoir le cuir chevelu est beaucoup plus douloureuse.

Quant au diagnostic avec l'érysipèle, la céphalalgie du coryza, la céphalalgie fébrile, il ne mérite pas de nous arrêter.

On a donné le nom de *gravedo* à cette espèce de rhumatisme, comme aux autres rhumatismes musculaires de la tête. Il donne fréquemment lieu à cet état de céphalalgie chronique auquel on a donné le nom de *céphalée.*

Traitement. — Il faut avoir soin de faire raser la tête pour l'application des topiques excitants ou calmants, pour les lotions froides, etc. Beaucoup de malades réussissent à calmer leurs douleurs en se couvrant la tête de coiffures très-chaudes. Chomel et Requin ont signalé les inconvénients de cette méthode, qui rend la tête beaucoup plus susceptible à l'impression du froid, et qui, en outre, prédispose aux congestions cérébrales. Nous ne voyons pas jusqu'à quel point cette dernière manière de voir peut être admise.

2° *Rhumatisme des autres muscles de la tête.*

Ce rhumatisme est plus rare que le précédent. Il a son siége le plus ordinairement dans les muscles des yeux, dans le temporal et dans le masséter. Dans ces deux derniers cas, la mastication est considérablement gênée. Rien, du reste, qui mérite de fixer plus longtemps notre attention.

3° *Rhumatisme du cou* (*torticolis, cervicodynie*).

Torticolis. — Le rhumatisme du cou, connu généralement sous le nom de *torticolis*, et qui présente une variété à laquelle on peut donner le nom de *cervicodynie*, est un de ceux qui se montrent le plus fréquemment à l'état aigu.

Le plus souvent, il a pour cause l'*action prolongée du froid* sur les muscles du cou pendant le sommeil. C'est, en effet, presque toujours au réveil, et du côté exposé au froid, que les muscles se montrent douloureux. Quelquefois le torticolis reconnaît pour cause une contraction prolongée et forcée des muscles atteints, par suite de ce que les malades appellent une fausse position. On a dit que les hommes y sont plus sujets que les femmes, mais le fait n'est pas prouvé.

Le torticolis se manifeste ordinairement le matin au réveil : les malades ne s'en aperçoivent qu'au moment où, voulant tourner la tête, ils sont arrêtés par la douleur. C'est surtout lorsqu'ils veulent tourner la tête du côté opposé au côté affecté qu'ils éprouvent cette souffrance, qui est telle que le mouvement est brusquement arrêté, et que souvent elle leur arrache un léger cri. Toutes les fois que, sans y penser, ils veulent renouveler ce mouvement, les mêmes phénomènes se manifestent ; mais lorsqu'ils se retournent de propos prémédité, ils ont soin de prendre des précautions pour éviter la douleur ; ils se retournent tout d'une pièce ; c'est le corps qui fait le mouvement et non la tête. Ils ont soin par là d'éviter toute contraction des muscles affectés. La même appréhension leur fait tenir instinctivement la tête inclinée du côté malade et la face un peu tournée dans le même sens, d'où résulte une tournure bizarre désignée par cette expression de torticolis ou *cou tors*.

Le torticolis présente, dans sa marche et l'exaspération de ses symptômes, les mêmes particularités que les autres rhumatismes musculaires. La douleur spontanée y revêt moins fréquemment le caractère rémittent, lancinant, névralgique, que dans les autres espèces.

On a parlé de *torticolis chronique* par rétraction des muscles, inflammation chronique des tendons, etc. (1). Les cas de ce genre ne sont pas de véritables rhumatismes, et le torticolis chronique, s'il existe, est une maladie fort rare.

Cervicodynie. — Il est une autre affection du même genre qui se montre aussi bien à l'état chronique qu'à l'état aigu. Nous proposons de lui donner le nom de *cervicodynie*, parce que la douleur a son siége dans les muscles de la région cervicale.

Tous les muscles de la partie postérieure du cou sont affectés. Lorsque le malade

(1) Voy. J. Guérin, *Mémoire sur une nouvelle méthode de traitement du torticolis ancien*. Paris, 1838. — Bouvier, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, t. II, p. 956 ; t. IV, p. 518. — *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Paris, 1858, p. 80.

veut incliner fortement la tête en arrière, il sent dans ces muscles une douleur vive, ou bien la sensation que fait éprouver la pression sur une partie contuse. Dans le repos absolu et dans le relâchement des muscles, toute sensation douloureuse disparaît ordinairement ; mais à la plus légère tension des muscles, si le malade baisse un peu la tête, par exemple, une douleur sourde, qui va bientôt en augmentant, ne tarde pas à se faire sentir. Cette douleur retentit fréquemment vers la partie supérieure et antérieure de la tête, parce qu'elle gagne le muscle occipito-frontal. On voit par là quelle analogie il y a entre ce rhumatisme et la *névralgie occipitale.* On trouvera ces rapports bien plus grands encore lorsque nous dirons que nous avons vu le rhumatisme des muscles de la partie postérieure du cou se transforme en névralgie occipito-frontale très-évidente, et que nous avons observé longtemps un sujet chez lequel la douleur était tantôt concentrée dans ces muscles, et tantôt épanouie, pour ainsi dire, à tous les rameaux nerveux de la partie postérieure et antérieure de la tête.

Ce qu'il faut surtout noter, c'est un état de vague dans la tête, de la tension dans cette partie et des étourdissements souvent très-marqués. Nous avons observé plusieurs fois ces symptômes, qui ressemblent beaucoup, comme on le voit, à ceux de certaines *congestions* décrites dans un autre article de cet ouvrage (1). Nous nous sommes assuré qu'il n'y avait pas de congestion ; les symptômes que nous venons d'énumérer étaient en rapport avec la douleur des muscles du cou, avec son extension aux muscles de la tête, avec la fatigue éprouvée par les parties malades ; ils survenaient principalement lorsque la tête était restée longtemps courbée en avant, lorsque les sujets avaient dû fréquemment tourner la tête à droite et à gauche, lorsqu'ils avaient gardé pendant un certain temps une position dans laquelle les muscles étaient dans un état plus ou moins grand de tension. L'exercice en plein air ne dissipait nullement ces accidents, tandis que le repos dans une position convenable les faisait constamment disparaître.

Nous connaissons trois affections qui ont entre elles des rapports incontestables : ce sont la névralgie occipitale ou occipito-trifaciale, la congestion cérébrale de longue durée et la cervicodynie. Le lecteur, en recherchant attentivement les douleurs de la tête et du cou, aiguës ou chroniques, qui se présenteront à lui, découvrira des cas de ces diverses espèces et distinguera ces douleurs diverses, dont les nuances sont quelquefois très-difficiles à saisir, et qui exigent par conséquent une grande attention de la part du médecin.

La *névralgie occipito-frontale* se distingue de la cervicodynie par ses élancements, par son siége plus fréquent d'un seul côté, par ses exacerbations, et plus encore parce que la forte tension de la tête en arrière ne détermine pas de douleurs des muscles du cou, ou que, si cette douleur existe, ce qui a lieu lorsque les autres rameaux du plexus cervical participent à la maladie, elle n'est pas comparable à celle du rhumatisme musculaire. Enfin la douleur à la pression est plus vive dans les points névralgiques, ce qui est un caractère diagnostique général, comme on l'a vu plus haut (2).

La *congestion sanguine* de longue durée a pour signe distinctif l'absence de

(1) Voy. article CONGESTION CÉRÉBRALE.
(2) Voy. l'article RHUMATISME EN GÉNÉRAL (diagnostic).

douleur dans les muscles du cou, ce qui serait déjà suffisant, et, de plus, les battements des artères, le bien-être que procure l'exercice en plein air, etc.

Les signes distinctifs que nous venons d'indiquer sont, comme on le voit, assez caractéristiques ; mais il faut les avoir bien présents à l'esprit pour éviter l'erreur. Le plus souvent on se prononce d'après la persistance de la douleur de tête et d'après les autres symptômes, tels que les étourdissements, le vague des idées, etc., et de là vient qu'on a généralement des données si peu précises sur les trois affections dont il s'agit.

La *cervicodynie* a des moments d'exacerbation pendant lesquels les malades sont condamnés au repos ; elle peut durer plusieurs mois sans entraîner aucun accident grave. Convenablement traitée, elle se termine par la guérison.

Le *traitement* du *torticolis* ne présente rien de particulier. Le repos pendant deux ou trois jours, le soin de maintenir la chaleur autour du cou jour et nuit, suffisent dans presque tous les cas. Si l'affection était plus rebelle, on aurait recours aux moyens ordinaires mentionnés dans le traitement du rhumatisme musculaire en général.

Le traitement de la *cervicodynie* réclame ordinairement des moyens plus énergiques. Les *ventouses scarifiées* plus ou moins répétées, suivant les cas, puis les *vésicatoires volants*, avec ou sans addition de *chlorhydrate de morphine*, nous ont constamment réussi ; il faut que le malade garde le repos pendant le traitement. Les travaux de cabinet sont surtout contraires à cette affection ; la tête étant constamment penchée pour écrire, les contractions musculaires incessantes nécessitées par cette position s'opposent au succès du traitement. La cervicodynie ressemble parfaitement au *lumbago*, maladie qui n'est mieux connue que parce qu'elle est beaucoup plus commune.

4° *Rhumatisme de la région dorsale* (*dorsodynie*).

Nous en avons vu des exemples en étudiant la névralgie dorso-intercostale. Si l'on transporte aux muscles de la région dorsale les symptômes décrits en parlant du rhumatisme de la région cervicale, ou cervicodynie, on aura la description de la maladie qui nous occupe. Ici il n'y a plus de tension de la tête, de vague des idées, d'étourdissements ; mais le rhumatisme des muscles de la région dorsale s'étend fréquemment aux épaules, aux grands pectoraux, aux grands dorsaux, et presque toutes les parties du corps deviennent alors douloureuses. La douleur se fait principalement sentir lorsque le malade, par la contraction des muscles, cherche à rapprocher les omoplates.

Ce rhumatisme n'exige pas de moyens particuliers ; mais il est quelquefois assez rebelle pour réclamer des moyens actifs et persévérants.

5° *Rhumatisme de la région lombaire* (*lumbago*).

Ce rhumatisme, auquel on pourrait donner le nom de *lombodynie* pour plus d'uniformité, est un des plus fréquents. Il occupe les masses charnues considérables de la région lombaire ; aussi les douleurs, lorsque le rhumatisme est à l'état aigu, sont excessives à cause de la violence des contractions. Lorsque le malade, étant couché, veut se mettre à son séant, cette douleur est très-intense ; elle l'est

plus encore lorsqu'il veut s'étendre de nouveau sur le dos : la contraction musculaire pour reporter le tronc en arrière se faisant trop brusquement, la souffrance est excessive ; le malade, malgré lui, se retient, ce qui augmente sa souffrance à cause des efforts qu'il est obligé de faire, et enfin, vaincu par la douleur, il se laisse tomber comme une masse inerte en poussant un gémissement. Il est obligé de garder le lit, où il reste toujours dans la même position. Le moindre mouvement est devenu impossible.

C'est lorsque le lumbago a cette intensité qu'on observe quelquefois un léger *mouvement fébrile*, qu'il faut peut-être attribuer autant à l'insomnie et à l'agitation causée par la douleur qu'à l'affection elle-même.

Le lumbago est une des espèces de rhumatisme musculaire qui se montre le plus fréquemment à l'*état chronique*. En pareil cas, il ne présente pas de particularité bien importante. On n'a qu'à appliquer à la région lombaire les symptômes locaux décrits dans le rhumatisme musculaire en général, et l'on aura sa description.

On distingue cette affection des douleurs articulaires des lombes par les signes suivants : Le *rhumatisme articulaire des lombes*, qui est assez rare, se manifeste à la suite d'autres douleurs articulaires ; il y a tuméfaction des environs des apophyses épineuses. La pression est très-douloureuse sur ce point, où les mouvements déterminent une douleur telle, que tout mouvement devient impossible.

Un *abcès des lombes* cause de la fièvre et détermine de l'empâtement et de la fluctuation.

Le *névralgie lombo-abdominale* a pour caractères des points douloureux, non-seulement vers les apophyses épineuses, mais dans les flancs et vers l'hypogastre, ainsi que des élancements ; les mouvements sont moins douloureux.

Quant à la *méningite spinale*, à l'*anévrysme de l'aorte descendante* corrodant les vertèbres, etc., les différences qu'ils présentent seront exposées en détail dans leur description, à laquelle nous renvoyons le lecteur (1). Dans certaines circonstances, il est vrai, le diagnostic est difficile, surtout quand il s'agit du lumbago chronique, et les tumeurs attaquant les vertèbres sont en particulier des causes fréquentes d'erreurs de diagnostic à une certaine époque de leur durée ; mais souvent aussi l'erreur peut être imputée au peu de soin avec lequel on dirige l'interrogatoire et à la légèreté avec laquelle on fait l'examen de la partie affectée.

C'est au paragraphe consacré au traitement du rhumatisme musculaire en général qu'il faut chercher des renseignements au sujet du lumbago.

6° *Rhumatisme des parois thoraciques* (*pleurodynie*).

Très-fréquemment on a désigné sous le nom de *pleurodynie*, ou *rhumatisme des parois thoraciques*, de véritables névralgies.

Les muscles principalement affectés dans la *pleurodynie* sont les pectoraux et les intercostaux.

Cette affection ne présente d'autre particularité que la douleur plus ou moins vive qui occupe les côtés de la poitrine ou les attaches du grand pectoral, dans les

(1) Voyez ces articles.

grandes inspirations, la toux, l'éternument, en un mot, dans tous les mouvements dans lesquels la poitrine se dilate avec rapidité. Lorsque ce rhumatisme est à l'état aigu, et qu'il occupe un grand nombre de muscles de la poitrine, il détermine une très-grande anxiété. La douleur très-vive ne permettant pas des inspirations complètes, les malades se croient menacés de suffocation à chaque instant; ils sont oppressés, ne savent quelle position prendre. Il en est qui éprouvent une sensation de resserrement très-pénible de la poitrine.

Le *diagnostic* différentiel de cette maladie ne doit être porté qu'entre elles, la *pleurésie* et la *névralgie dorso-intercostale.*

Ce n'est qu'au début de la *pleurésie*, alors qu'il n'y a pas encore d'épanchement, ou bien dans les cas très-rares de *pleurésie sèche*, qu'on pourrait confondre l'inflammation de la plèvre avec la pleurodynie.

Quelquefois la douleur vive (point de côté) que détermine la pleurésie, précède l'épanchement de plusieurs jours. Quelques médecins ont pensé qu'il y avait dans ce cas une pleurodynie qui se terminait par une pleurésie; c'est une erreur. La douleur, dans ces cas, dépend de l'inflammation de la plèvre, qui n'a pas encore produit d'exsudation assez considérable pour être appréciée par la percussion et par l'auscultation. Le mouvement fébrile, l'intensité du point de côté, son siége limité à un point peu étendu, la toux, mettront sur la voie du diagnostic. Les mêmes signes feront reconnaître la pleurésie sèche, et, de plus, on devra rechercher le bruit de frottement qui se produit en pareil cas.

Quant au diagnostic de la pleurodynie et de la *névralgie intercostale*, nous renvoyons à l'article consacré à cette dernière affection (1).

Le *traitement* ne diffère pas de celui des autres rhumatismes musculaires. La *position* du corps est peut-être plus favorable à l'apaisement des douleurs dans cette affection que dans toute autre. Gaudet (2) a cité des cas dans lesquels une position convenable, c'est-à-dire celle qui met dans le relâchement les muscles affectés, a toujours amené le plus grand soulagement. Une application d'un nombre assez considérable de sangsues ou de ventouses scarifiées fait promptement cesser les accidents d'apparence si graves mentionnés plus haut.

7° *Rhumatisme musculaire de l'épaule* (*scapulodynie*).

Le rhumatisme musculaire de l'épaule a pour siége principal le deltoïde; on le trouve aussi dans les muscles qui viennent se fixer à tout le pourtour du scapulum. Ce rhumatisme mérite une attention particulière de la part du médecin. Il est souvent d'une grande violence; il a entraîné quelquefois la paralysie du bras, et enfin c'est celui qui se transforme le plus souvent en véritable névralgie (3). On voit, chez certains sujets, des douleurs vives occuper toutes les masses musculaires de l'épaule, gêner à un point extrême les mouvements, ne pas présenter de point douloureux circonscrit, puis gagner le plexus brachial, se circonscrire dans le nerf circonflexe, dans les points cervicaux, vers l'épitrochlée, etc., engourdir la main, présenter des élancements, etc.

(1) Voy. article NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.
(2) Gaudet, *Gazette médicale*. Paris, 12 avril 1834.
(3) Voy. *Traité des névralgies*, chap. III, NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE.

Les degrés de la douleur dans la *scapulodynie* varient beaucoup. Tantôt il n'existe qu'un peu de sensibilité, qui se manifeste lorsque le sujet veut élever le bras ou le porter en arrière ; tantôt la douleur est si vive, que tous les mouvements sont impossibles et que le malade ne sait quelle position prendre.

Ces derniers cas ressemblent tellement à l'*arthrite* de l'épaule, que l'on a beaucoup de peine à les distinguer. Nous avons eu, il y a quinze années, dans notre service à l'Hôtel-Dieu annexe, un malade qui est resté longtemps dans l'hôpital, et chez lequel tout nous a porté à croire qu'il existait un rhumatisme musculaire occupant particulièrement le deltoïde. Les raisons qui nous ont fait porter ce diagnostic étaient qu'il n'y avait pas de roideur bien marquée, et que, à certaines époques, la douleur se dissipait en grande partie, pour reprendre ensuite une nouvelle intensité. Aucun des autres symptômes de l'arthrite, sans en excepter la fièvre aux époques des exacerbations les plus violentes, ne manquait dans ce cas. Nous signalons les faits de ce genre à l'attention des médecins.

Le repos absolu du membre, les émissions sanguines abondantes, la morphine par la méthode endermique, tels sont les moyens de *traitement* les plus utiles quand la douleur est très-violente. Dans le cas contraire, quelques ventouses scarifiées, des émollients, des bains, suffisent.

8° *Rhumatisme musculaire des membres.*

C'est dans le rhumatisme musculaire des membres qu'il y a le plus grand contraste entre l'état du malade pendant le repos et pendant la contraction. La contraction des muscles étant très-étendue, il en résulte une douleur relativement plus vive, tandis que les membres étant dans un repos absolu lorsque le malade est couché, la douleur disparaît complétement.

La direction de la douleur suivant le trajet connu d'un nerf, la dissémination en points douloureux, les élancements, font distinguer la *névralgie* du rhumatisme musculaire des membres. Quant aux douleurs chez les sujets *courbaturés*, aux douleurs *syphilitiques*, à celles qu'éprouvent les sujets atteints de *colique de plomb*, les symptômes concomitants suffisent pour les faire distinguer de la maladie qui nous occupe.

Le *traitement* de cette espèce ne présente absolument rien qui sorte de la règle générale.

9° *Rhumatisme des parois antérieure et latérale de l'abdomen.*

Ce rhumatisme, signalé d'abord par Chomel, a été ensuite décrit par Genest (1), et plus tard par Requin (2).

Le caractère principal de cette affection consiste dans une douleur occupant toute la paroi abdominale antérieure, et se prolongeant quelquefois vers les reins. Cette douleur, qui a les caractères décrits dans l'article RHUMATISME *en général*, acquiert une intensité extrême lorsque les malades veulent s'asseoir. La pression

(1) Genest, *Gazette méd.*, 1832 : *Recherches sur quelques cas de rhumatisme des parois abdominales qui peuvent être confondus avec la péritonite générale.*

(2) Requin, *Éléments de pathologie médicale.* Paris, 1843.

l'augmente aussi beaucoup. Lorsqu'il existe réellement une péritonite, la pression devient de plus en plus vive à mesure que l'on presse, et l'on est bientôt obligé de cesser l'exploration, bien que la pression soit exercée avec toute la paume de la main. Il n'en est pas ainsi lorsqu'il s'agit du rhumatisme abdominal : après la première sensation douloureuse, la pression est bien supportée, et l'on peut ainsi explorer les organes abdominaux. La douleur à la pression est beaucoup moins vive que la douleur occasionnée par les mouvements.

On a dit que dans le rhumatisme abdominal il n'y a ni frissons, ni vomissements, ni autres symptômes généraux remarquables. Le fait est vrai pour la grande majorité des cas; mais il ne s'applique pas à tous. Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu une femme qui avait eu des frissons, du brisement des membres, des vomissements bilieux, de la diarrhée, et qui présentait une douleur vive de la paroi antérieure du ventre, avec chaleur de la peau, élévation et accélération du pouls, sueur, anorexie, soif, etc. C'est surtout dans les cas de ce genre que le signe différentiel dont nous venons de parler nous paraît important; il nous a suffi, en effet, chez cette malade, pour reconnaître le rhumatisme et éloigner toute idée d'une péritonite.

C'est presque toujours chez des femmes qu'on a observé ce rhumatisme, qu'une ou deux applications de sangsues ou des ventouses, les délayants et quelques calmants font disparaître avec promptitude.

10° *Rhumatisme interne, ou rhumatisme viscéral.*

Si nous voyons les douleurs musculaires ayant au plus haut point le caractère rhumatismal se porter sur un nerf sous forme de névralgie bien évidente, il n'est nullement étonnant que ces mêmes douleurs se portent sur un viscère; il en résulte une de ces viscéralgies que nous décrirons dans un des volumes suivants : une gastralgie, une entéralgie, etc. On ne comprend bien la manière dont toutes ces diverses douleurs se comportent que lorsqu'on connaît leur origine commune. Plus nous avons avancé dans l'étude des faits, plus nous nous sommes assuré que toutes ces affections, qui ont pour caractère essentiel et presque unique la douleur, et qui n'occasionnent aucune altération des tissus, sont de la même nature, et que si le praticien doit tenir grand compte de la différence du siége, qui apporte à la maladie tant de modifications importantes, il ne doit pas non plus oublier cette identité de nature, qui lui explique bien des phénomènes autrement inexplicables, et qui, dans plusieurs cas, peut être la source d'indications utiles. Nous ne devons reconnaître comme rhumatisme que les douleurs nerveuses qui ont pour siége les fibres musculaires.

a. Rhumatisme de la langue. — Chez les individus qui sont très-sujets au rhumatisme musculaire, il survient parfois une douleur de la langue, qui n'est appréciable qu'au moment des contractions de cet organe, et qu'on ne peut rapporter qu'au rhumatisme musculaire. Chomel en a observé un exemple; nous en avons également observé un. Le siége de la maladie était d'un seul côté de la langue. Nous n'insistons pas sur cette affection, qui est passagère, qui n'exige aucun moyen de traitement, et qui, par conséquent, n'intéresse pas le praticien.

b. Rhumatisme du pharynx et de l'œsophage. — Le rhumatisme du pharynx et de l'œsophage a été maintes fois observé. Le malade ne s'aperçoit nullement de

l'existence de la douleur jusqu'au moment où il veut avaler les aliments; mais alors, et surtout lors de la déglutition des premières bouchées, il se manifeste, soit dans le pharynx, soit dans un point limité de la hauteur de l'œsophage, une douleur très-vive qui cesse en partie lorsque le bol alimentaire a franchi le point affecté, mais qui se renouvelle dès que le malade recommence à manger. Cette douleur peut durer plusieurs jours; elle se dissipe d'elle-même, et d'autant plus promptement, que le malade s'abstient davantage d'aliments solides, ce qui est difficile, la santé étant d'ailleurs parfaite. Il ne faut pas confondre ce rhumatisme avec la douleur qui est produite quelquefois dans l'œsophage par le passage d'un bol alimentaire trop volumineux ou non suffisamment mâché, et qui se dissipe d'un repas à l'autre.

c. Rhumatisme de l'estomac et des intestins. — Nous parlerons ailleurs des *viscéralgies;* il s'agit de savoir si les muscles seuls de l'estomac et des intestins peuvent être affectés comme les muscles des lombes, par exemple; or, la réponse à cette question est impossible dans l'état de la science. Quelquefois on observe des *coliques* d'une médiocre intensité, sans évacuations alvines, ayant lieu dans un point limité de l'abdomen, et qui paraissent résulter de la contraction de quelques fibres intestinales rhumatisées, ou de leur dilatation par le passage de quelques gaz.

On a voulu donner le nom de *rhumatisme de l'estomac et de l'intestin* à des accidents plus ou moins graves survenus dans le cours du rhumatisme articulaire, et même de la goutte; il suffit de lire les remarques que nous ferons à ce sujet en parlant de la *goutte rétrocédée :* nous y renvoyons le lecteur.

d. Rhumatisme du diaphragme. — On a cité des cas dans lesquels des douleurs vives se faisaient sentir au niveau du rebord des fausses côtes, aux attaches du diaphragme, et augmentaient dans les grands efforts d'inspiration. C'est surtout chez les sujets affectés de courbature que se manifestent ces douleurs, qu'il ne faut pas confondre avec les points douloureux de la névralgie dorso-intercostale, et qui exigent quelquefois l'application de quelques sangsues.

e. Rhumatisme de l'utérus. — « Le rhumatisme, dit Wigand (1), affection propre, comme on sait, aux muscles et à leurs gaînes, peut aussi atteindre la fibre contractile de l'utérus, et même s'y présenter sous sa forme la plus aiguë, signalant sa présence, là comme ailleurs, par une douleur dont l'effet est d'enchaîner la contractilité et le mouvement, par l'augmentation de la chaleur, par du gonflement. Résumés en peu de mots, les signes caractéristiques du rhumatisme de l'utérus sont les suivants : Sans qu'aucune violence ait été exercée sur cet organe, il survient un endolorissement général de la matrice, qui ne supporte pas d'être palpée. Cet état est suivi de contractions utérines assez régulières, si ce n'est qu'elles sont accompagnées, non pas seulement vers la fin, comme dans l'état naturel, mais dès leur début ou à leur milieu, d'une vive douleur qui arrête et enchaîne le mouvement; la contraction utérine est douloureuse dès le commencement, lorsque l'organe est affecté de rhumatisme. »

Nous avons cité ce passage, quoiqu'il s'agisse d'un accident qui se montre pendant la grossesse et l'accouchement, parce que ces faits ne sont pas suffisamment connus, et méritent de l'être.

(1) *Mém. sur le rhumatisme de l'utérus dans la grossesse et dans l'accouchement* (journal *l'Expérience*, 1839).

[D'après ce qui précède, on voit que Valleix, conformément aux opinions déjà émises par Chomel et Requin, n'a admis de rhumatismes viscéraux que dans les organes où existe du tissu musculaire; et, dans son opinion, ces manifestations du rhumatisme ne seraient autre chose que des névralgies siégeant dans la partie musculeuse des viscères.

Beaucoup d'auteurs modernes ne partagent pas cette manière de voir; et l'on tend aujourd'hui à revenir à l'idée ancienne, d'après laquelle le rhumatisme pourrait produire sur les organes viscéraux des maladies autres que des névralgies musculaires, par exemple des fluxions séreuses ou séro-sanguines, comparables aux fluxions articulaires et présentant plusieurs de leurs caractères, à savoir, la soudaineté d'invasion, la mobilité, la tendance à l'envahissement, l'irrégularité de la marche, la terminaison par résolution. Tous les viscères semblent pouvoir en être le siége; nous citerons surtout le poumon, le cerveau, la gorge, l'intestin.

Déjà Stork, Van Swieten, Stoll, Barthez, Jos. Frank avaient signalé l'existence de ces maladies, leur coexistence ou leur alternance fréquentes avec le rhumatisme articulaire. Des faits nombreux relatés de nos jours ont confirmé l'exactitude de leurs observations, et ont conduit à considérer le rhumatisme comme susceptible de produire des manifestations nombreuses et variées du côté des viscères : c'est ainsi qu'on a décrit des angines, des pneumonies, des dysenteries, etc., d'origine rhumatismale. La subordination de ces maladies au rhumatisme, dans un grand nombre de cas, a été surtout établie par les travaux de Pidoux (1), Trousseau (2), Monneret (3).

Nous ne saurions entrer dans le détail de ces divers rhumatismes viscéraux; leur étude sera faite à propos des maladies de chaque organe en particulier.]

ARTICLE IV.

GOUTTE.

Plusieurs auteurs, à la tête desquels se place Chomel, ont avancé que la distinction qu'on avait établie entre le rhumatisme articulaire et la goutte était mal fondée, et que les deux affections sont identiques. Après avoir examiné les faits et pesé les raisons qui ont fait regarder ces deux affections comme identiques, nous pensons que cette opinion ne saurait prévaloir quand il s'agit de pathologie spéciale, et nous croyons devoir donner de la goutte une description particulière.

§ I. — Historique.

Des travaux importants ont été publiés sur la goutte, mais la plupart de ces travaux sont d'une date assez ancienne. Hippocrate en parle fréquemment dans ses ouvrages. Galien, Arétée, Cælius Aurelianus, lui ont consacré une partie de leurs traités, et ces auteurs ont distingué la goutte du rhumatisme. C'est à Sydenham qu'il faut arriver pour avoir une description complète et satisfaisante de la ma-

(1) Pidoux, *Qu'est-ce que le rhumatisme?* — *Union médicale*, 1861, t. IX et X.

(2) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, 6e édition, t. I, p. 539 et suiv. — Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition, t. III, p. 382 et suiv. et passim.

(3) Monneret, *Cours de la Faculté.* — Voy. *Programme*, 1862, p. 122. — Voy. aussi la thèse de Ch. Fernet, *Du rhumatisme aigu et de ses diverses manifestations*. Paris, 1865.

ladie (1). Le *Traité de la goutte*, adressé en 1683 à Thomas Short, a passé jusqu'à nos jours pour la meilleure monographie de cette affection, et dans tous les auteurs qui sont venus après on en trouve des traces. Nous citerons, après ce travail, la dissertation de Musgrave (2), dans laquelle il y a beaucoup de confusion; les travaux de Stahl, de F. Hoffmann, de Barthez; le traité de Guilbert (3), celui de Scudamore (4), celui de W. Gairdner (5); puis l'ouvrage de Chomel et Requin, qui malheureusement ne peut pas nous être bien utile, parce que ces auteurs n'ont pas tracé une description particulière de la goutte. [Dans ces dernières années, Garrod, professeur de King's college, à Londres, a publié une monographie importante de la goutte (6); cet ouvrage, appuyé sur des observations nombreuses, contient en outre des recherches étendues sur la composition du sang et de l'urine dans cette affection, et une théorie sur sa nature. Nous devons signaler encore une très-bonne thèse de Galtier-Boissière (7), et les leçons récentes de Trousseau (8).]

§ II. — Définition, synonymie, fréquence.

Quoique nous ayons établi que les différences qui existent entre le rhumatisme articulaire et la goutte sont évidentes, nous n'en reconnaissons pas moins qu'une définition très-explicite de la maladie présente quelque difficulté. Nous définirons la goutte par ses principaux caractères. C'est une maladie remarquable par sa rémittence, par ses attaques, ayant souvent une physionomie toute particulière, par des symptômes locaux plus ou moins intenses, qui affectent ordinairement les petites articulations, et surtout celles des doigts des pieds; enfin par la déformation des articulations, due principalement à un dépôt de matière concrète, à laquelle on a donné le nom de *tophus*. Dans la très-grande majorité des cas, la goutte reste fixe pendant toute une attaque dans les jointures primitivement envahies, ce qui n'est pas un caractère différentiel qu'il faille négliger.

Les *divisions* proposées pour la définition de la goutte sont très-nombreuses, et pour la plupart elles ne sont fondées que sur des circonstances secondaires, telles que la plus ou moins grande fixité et la plus ou moins grande violence des symptômes locaux, la manière dont se succèdent les accès, etc. Avec les auteurs qui ont le mieux étudié cette affection (Cullen, Scudamore, etc.), nous devons nous contenter de distinguer la goutte en *aiguë* et en *chronique*, de dire un mot des symptômes que l'on observe parfois du côté des organes internes, et de signaler quelques complications.

On a décrit la goutte sous les noms de *podagra*, *chiragra*, *ischiagra*, suivant les articulations affectées, on l'a aussi désignée sous ceux de *morbus dominorum*, et *dominus morborum*, qui expriment la prédilection de la maladie pour les classes

(1) *De podagra et hydrope* (*Opera omnia*, Genève, 1757, t. I, p. 300 et suiv.).
(2) *De arthrit. symptomatica*, soutenue en 1702.
(3) *De la goutte et des maladies goutteuses*. Paris, 1820.
(4) Scudamore, *Traité sur la nature et le traitement de la goutte et du rhumatisme*, trad. Deschamps. Paris, 1820.
(5) *On gout its history, its cause and its cure*, 2e édit. London, 1851.
(6) Garrod, *The nature and treatment of gout and rheumatic gout*, 2e édit. London, 1863.
(7) Galtier-Boissière, thèse inaugurale. Paris, 1859.
(8) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition, 1865, t. III, p. 315.

élevées ; plusieurs auteurs lui ont imposé la dénomination de *febris arthritica*, *febris podagrica*, qui ne s'applique pas à tous les cas sans exception ; enfin on s'est contenté de la décrire sous les noms d'*arthritis*, *morbus articularis*, etc. En France, elle est généralement connue sous le nom de *goutte*, qui exprime l'idée qu'on s'est faite avant notre époque, de la nature de la maladie, et des noms correspondants lui ont été donnés chez les autres peuples de l'Europe.

La goutte n'est pas une maladie rare, mais on ne peut pas non plus la considérer comme une affection fréquente dans nos climats.

§ III. — Causes.

1° *Causes prédisposantes*. — *Age*. — C'est un fait connu dès la plus haute antiquité, que le jeune âge n'est pas sujet à la goutte. Sydenham qui avait observé beaucoup de goutteux, n'avait pas trouvé parmi eux un seul enfant. Ce fait mérite d'être remarqué. Le rhumatisme en effet, bien que moins fréquent dans l'enfance que dans l'âge adulte, ne laisse pas de se montrer assez souvent avant l'âge de la puberté. En outre, on peut dire que, même chez les adultes, la goutte se montre à un âge généralement plus avancé que le rhumatisme articulaire. Il y a sans doute des exceptions à cette règle, mais presque toujours ces exceptions s'expliquent par certaines circonstances qui seront mentionnées plus loin. Il n'est pas fréquent de voir la goutte se manifester pour la première fois à un âge avancé, après soixante ans, par exemple. Sydenham a remarqué que, lorsqu'il en est ainsi, la maladie a en général moins d'intensité.

Sexe. — Les hommes sont plus sujets à la goutte que les femmes. [Cette immunité relative dont jouissent les femmes paraît due à ce que leur genre de vie et leurs habitudes sont généralement plus sobres, et à ce que l'écoulement menstruel constitue pour elles une excrétion salutaire : la goutte, en effet, n'apparaît le plus souvent qu'après la cessation du flux cataménial. Il est à remarquer aussi que les femmes présentent surtout les formes irrégulières et anormales de la goutte.]

Aliments, boissons. — Une *alimentation riche, abondante*, et principalement composée de matières animales, est une des causes les plus puissantes de la maladie qui nous occupe. C'est dans la classe riche que se manifeste presque exclusivement la goutte, que l'on ne voit presque jamais dans les hôpitaux.

L'usage peu modéré des *boissons alcooliques* doit être rangé sur la même ligne.

Quant à l'action particulière de certaines boissons, elle est beaucoup moins bien démontrée.

La *vie sédentaire* vient s'ajouter à ces causes, qui se trouvent toutes chez les individus de la condition qui vient d'être mentionnée, et auxquelles il faut joindre encore les *plaisirs vénériens prématurés* et leur *abus* dans la suite.

Nous ne ferons que mentionner l'*abus des acides*, parce que son action n'est pas démontrée.

Saisons, climats. — C'est principalement au printemps et en automne que se produisent les attaques de goutte, suivant l'observation générale. Quant aux climats, nous savons que les climats très-chauds, ainsi que les climats très-froids, sont les moins favorables au développement de la goutte, et l'on a toujours cité la Hollande et l'Angleterre comme des pays où cette affection se montre avec une

grande fréquence. Il faudrait une étude approfondie pour savoir positivement quelle est l'influence réelle du climat. La question, est, en effet, complexe. La nourriture est très-différente chez les diverses nations ; il en est de même des habitudes ; or, ce sont là des causes dont personne ne nie l'existence. Quelle est leur part respective ? C'est ce qu'il est difficile de dire.

Constitution, tempérament. — On observe fréquemment la goutte chez des sujets sanguins et chargés d'embonpoint ; mais est-ce là une constitution primitive et non la conséquence du genre de vie des sujets ? C'est ce qu'on n'a pas recherché suffisamment. On a remarqué aussi que cette affection atteint principalement des sujets grands, et dont les cavités splanchniques sont bien développées.

Hérédité. — Reste l'hérédité que tout le monde a reconnue, et qui ne peut être niée. Il est bien peu de maladies où cette cause paraisse avoir une plus grande action (1). [D'après Scudamore, cette influence se rencontrerait chez près des deux tiers des malades : sur deux cent quinze cas, il a noté l'hérédité cent trente et une fois. Les relevés de Garrod le portent à admettre que l'hérédité des manifestations goutteuses a lieu cinquante fois sur cent cas. On peut donc dire que, dans la goutte, la prédisposition héréditaire joue un rôle capital, et qu'elle domine toutes les autres causes capables de produire la maladie.]

2° *Causes occasionnelles.* — On n'a pas pu découvrir de cause occasionnelle évidente. Nous n'avons qu'une mention à faire de quelques circonstances particulières. On a parlé de l'*action du froid.* Nous avons dit plus haut ce que l'on sait de l'influence des climats et des saisons ; quant à l'action directe du froid sur le corps ou sur une de ses parties, nous ne connaissons rien de positif. On a expliqué la goutte par l'arrêt de la transpiration ; mais ce n'est là qu'une explication. Même incertitude relativement à la *suppression de la sueur des pieds.*

[Suivant Garrod (2), la goutte est due à une altération du sang, qui consiste dans la présence de l'acide urique sous forme d'urate de soude en quantités anormales. Les causes prédisposantes sont celles qui produisent une formation exagérée d'acide urique dans l'économie, ou celles qui amènent sa rétention dans le sang ; les causes déterminantes sont celles qui diminuent l'alcalinité du sang, ou qui augmentent beaucoup pour un temps la formation d'acide urique, ou qui arrêtent temporairement le pouvoir éliminateur des reins. Les prodromes et les phénomènes de l'attaque dépendent de cette altération du sang ; et, par suite, le rhumatisme n'a d'autres rapports avec la goutte que le siége qu'il occupe.]

§ IV. — Symptômes.

1° *Goutte aiguë.* — La goutte, à l'état aigu, ne se présente pas avec des caractères identiques dans tous les cas ; pour mettre de l'ordre dans la description, nous passerons d'abord en revue les divers symptômes, puis nous ferons le tableau d'un accès de goutte complet.

La *douleur* est le principal symptôme de la goutte aiguë. Comme les autres symptômes locaux, elle occupe bien plus fréquemment les pieds que toute autre partie du corps. Scudamore, a fait, pour étudier le siége ordinaire de ces sym-

(1) Voy. P. Lucas, *Traité physiologique de l'hérédité.* Paris, 1850, t. II.
(2) Garrod, *loc. cit.*, p. 316 et suiv.

ptômes, un relevé d'un assez grand nombre d'observations qu'il importe de mentionner ici. Cet auteur a constaté que sur 138 cas, les premières attaques de goutte ont affecté 130 fois un des deux gros orteils. Les deux orteils n'ont été affectés ensemble que 10 fois. Viennent ensuite le cou-de-pied et les articulations des autres membres pour un petit nombre de cas. Un des deux gros orteils est primitivement le *siége* de prédilection de la douleur ainsi que des autres symptômes locaux. Plus tard la goutte peut affecter d'autres articulations, passer d'un orteil à l'autre, attaquer les mains ; le point d'abord affecté reste presque toujours douloureux, et il est assez ordinaire de voir la goutte rester fixée aux pieds, caractère important qu'on ne retrouve pas dans le rhumatisme.

Les caractères de la douleur varient suivant les sujets. On peut dire qu'en général elle est aiguë, dilacérante. Chez quelques malades elle est pongitive ; quelques-uns la comparent à la dislocation de l'article, d'autres à une brûlure, à une cuisson insupportable ; elle a des moments d'exacerbation qui causent de vives angoisses. Parfois c'est une violente tension avec la sensation d'un fer rouge par instants. Sydenham a vu un certain nombre de cas dans lesquels il y avait la sensation d'une eau froide coulant dans la jointure. Telle est la *douleur spontanée.*

La *douleur provoquée* n'est pas moins vive : les malades ne peuvent pas supporter le poids des couvertures. Un mouvement imprimé à l'articulation suffit pour causer une vive souffrance, et la pression la plus légère est insupportable.

Cette douleur, qui se manifeste d'abord la nuit, a aussi pour caractère d'augmenter beaucoup pendant toute la durée de la nuit et de se calmer pendant le jour.

Les réveils en sursaut, fréquents dans les fortes attaques, sont accompagnés de vives douleurs dans les articulations affectées, résultant de secousses violentes.

Lorsque la douleur est très-vive, il y a dans la partie malade un sentiment de *pulsation* manifeste.

Des douleurs qui sont sous la dépendance de celle qui vient d'être décrite se produisent aussi chez un grand nombre de sujets avec une grande vivacité et à des intervalles plus ou moins rapprochés : ce sont les *crampes.* D'après le relevé de Scudamore, elles ont lieu dans les trois quarts des cas ; elles se montrent le plus souvent dans les jambes, les cuisses, les orteils et les doigts ; mais il n'est pas rare de les observer dans les muscles de l'abdomen, de la poitrine, et même du pharynx. Elles se manifestent ordinairement pendant un mouvement du malade ; mais on les voit aussi se produire dans le repos le plus parfait.

Le *gonflement* ne tarde pas à se joindre à la douleur ; il est irrégulier et a les caractères de l'empâtement. Il est variable dans les divers cas : tantôt considérable et s'étendant notablement au delà des limites de l'articulation ; tantôt, au contraire, peu remarquable.

La *rougeur* est en général en rapport avec le gonflement et l'intensité de la douleur. C'est une rougeur sombre et diffuse, dont les limites sont difficiles à tracer dans les cas où la douleur est vive. Dans le cas contraire il n'y a qu'une légère teinte violacée.

La *chaleur* est également en rapport avec l'intensité de la douleur et le degré du gonflement. Scudamore, qui a fait sur ce point des recherches intéressantes, a constaté qu'au niveau des articulations malades la chaleur de la peau est réellement augmentée. Il a trouvé, en effet, un ou deux degrés de différence entre ces parties

et les autres parties du corps ; mais, ainsi que le fait remarquer cet auteur, la sensation de chaleur éprouvée par le malade est beaucoup plus considérable que l'augmentation réelle de la température.

Sydenham, et après lui la plupart des auteurs, ont noté la dilatation des *veines* qui survient autour des articulations malades après une certaine durée de la goutte. Un grand nombre de ces vaisseaux deviennent apparents et forment des cordons tortueux autour de l'articulation malade.

Un autre phénomène très-remarquable, mais qui ne survient qu'à la fin des accès, est la *sueur* plus ou moins abondante, et généralement un peu visqueuse, qui couvre l'articulation. On a voulu assigner à cette sueur quelques caractères particuliers, comme une odeur pénétrante, etc. ; la plupart des médecins n'ont pas constaté ce fait.

A la fin des accès également, il n'est pas rare de voir survenir une *démangeaison* très-vive, suivie d'une *desquamation* particulière dont la matière a été comparée à du son par Sydenham.

Scudamore a vu du *sang extravasé* sous la peau dans quelques cas ; ces cas sont fort rares.

Tels sont les symptômes locaux de la goutte. Nous n'avons pas parlé de la *déformation des articulations* ni des *concrétions tophacées*, parce que nous trouverons ces lésions dans la description de la goutte chronique, dont elles sont particulièrement la conséquence.

Les *symptômes généraux* sont nombreux et considérables. L'*appétit* se perd ou diminue notablement ; la *langue* est blanche et pâteuse ; il y a de la *soif ;* l'*épigastre* est ordinairement tendu, sonore, rempli de gaz ; on observe des nausées, des rapports acides. Il y a de la *constipation ;* les *urines* sont peu abondantes, fortement colorées, sédimenteuses. On a signalé la coïncidence de la *gravelle* et de la goutte (1).

Il y a de l'*insomnie*, et, dans les paroxysmes, si le malade parvient à s'assoupir, il a un sommeil agité et ne tarde pas à se réveiller en sursaut. Enfin le *pouls* est élevé, fréquent ; la *chaleur* générale est augmentée, et il y a une sensation de brisement, de contusion dans les membres.

Voyons maintenant comment ces symptômes se groupent ou se succèdent pour former une attaque de goutte.

2° *Attaque de goutte.* — Dans un certain nombre de cas, l'attaque est précédée, pendant un ou plusieurs jours, de *prodromes* manifestes. Ces prodromes consistent dans l'anorexie, la tension épigastrique, les flatuosités, un malaise général, des fourmillements, des démangeaisons dans les membres, des crampes, un refroidissement incommode des extrémités, un sommeil léger et fréquemment interrompu, et enfin, ainsi que l'a constaté Baglivi, la turgescence des veines voisines de l'articulation malade. [On a signalé encore plusieurs autres phénomènes qui annoncent l'arrivée prochaine de l'attaque de goutte. Ainsi, du côté des voies digestives, outre la dyspepsie et les flatuosités, il existe une constipation opiniâtre ; les veines hémorrhoïdales, gonflées et turgescentes, rendent la défécation pénible et douloureuse. Ailleurs, ce sont divers accidents du côté des voies urinaires : les

(1) Voy. tome IV, article GRAVELLE.

malades ressentent une tension incommode dans la région des reins ; l'urine est rare et très-colorée, elle laisse déposer, par le refroidissement, un sédiment abondant qui adhère aux parois du vase, et son émission s'accompagne d'ardeur dans le canal de l'urèthre ; quelquefois on rencontre une véritable blennorrhée. Ou bien il survient une fluxion catarrhale vers certaines muqueuses, et surtout vers la conjonctive, la muqueuse bronchique. Enfin, quelque temps avant l'attaque proprement dite, la partie qui doit être affectée est le siége de roideurs, de sensibilité exagérée des jointures, il survient du gonflement des veines et un œdème parfois assez étendu (Galtier-Boissière). Souvent ce sont des phénomènes nerveux, irritabilité de caractère, engourdissement et inaptitude au travail, qui permettent de prévoir l'imminence de l'attaque. Dans quelques cas, Graves (1) a noté que les malades éprouvent un désir insurmontable de grincer les dents, provenant d'une sensation incommode d'agacement qui siége dans les dents elles-mêmes.] Dans un petit nombre de cas, on a noté, au contraire, un bien-être inaccoutumé, une augmentation de l'appétit, la tendance aux plaisirs vénériens ; mais ces cas doivent être considérés comme exceptionnels.

Enfin, chez un bon nombre de sujets, rien ne peut faire prévoir l'invasion de la goutte ; ils se couchent très-bien portants, et sont réveillés la nuit par le premier symptôme de l'accès : la douleur.

La *douleur* se manifeste presque toujours vers le milieu de la nuit, et éveille le malade en sursaut. Quelquefois elle s'accompagne d'un *frisson* qui ne tarde pas à se dissiper. Cette douleur n'acquiert pas immédiatement toute son intensité ; elle va en augmentant jusqu'au jour, puis reste à peu près stationnaire, sauf des exacerbations passagères jusqu'à la fin du jour, éprouve ensuite une exacerbation marquée, et se dissipe en très-grande partie vers le matin suivant, de sorte que l'accès a duré environ l'espace d'un jour et d'une nuit, pendant lesquels les symptômes généraux précédemment décrits se montrent avec une grande intensité.

Le sommeil devient alors plus calme, la transpiration s'établit, et, au réveil, le malade se trouve très-soulagé.

Les jours suivants, il survient, vers le soir, un *paroxysme* caractérisé par des symptômes semblables à ceux qui constituent le premier accès, mais de moins longue durée. Les journées sont plus tranquilles, sans que néanmoins les douleurs soient dissipées.

Ces *accès quotidiens* se reproduisent ainsi pendant un espace de temps qui varie de deux septénaires à un et même deux mois, et vont ordinairement en diminuant depuis le premier jusqu'au dernier. Ils constituent l'attaque de goutte. Lorsque l'attaque touche à sa fin, ou lorsque déjà les attaques deviennent moins violentes et que la maladie tend à passer à l'état chronique, les accès sont moins réguliers, ne reviennent pas tous les jours et sont plus longs. On a noté que plus le sujet est jeune et robuste, plus l'attaque est de courte durée. Chez les vieillards affaiblis par d'autres maladies, l'attaque peut durer plus de deux mois.

Après les premières attaques, tout rentre dans l'ordre ; les symptômes locaux disparaissent complétement et la santé générale redevient excellente. Il n'en est

(1) Graves, *Clinique médicale*, trad. Jaccoud, t. II, p. 592.

pas de même lorsqu'il y a eu un nombre considérable d'attaques ; mais alors on peut considérer la goutte comme passée à l'état chronique.

Dans cette description, nous avons eu en vue les cas dans lesquels les symptômes locaux restent fixes dans une articulation, ce qui a lieu le plus fréquemment dans les premières attaques ; il n'est pas très-rare de voir, dans le courant de l'attaque, d'autres articulations se prendre. Il est cependant peu ordinaire de voir la goutte envahir d'autres points que les orteils des deux pieds. Il arrive quelquefois qu'en envahissant une nouvelle articulation, la goutte quitte la première affectée ; mais ces cas sont fort rares. L'envahissement d'une nouvelle articulation est marqué par une recrudescence des symptômes généraux.

Chez quelques sujets, les symptômes locaux se manifestent primitivement non aux pieds, mais aux doigts de la main, et même dans quelques autres points. Sydenham donnait à cette variété le nom de *goutte irrégulière.*

Lorsque les symptômes locaux sont intenses et la fièvre vive, la goutte est désignée sous le nom de *goutte inflammatoire* ou *goutte chaude ;* dans les cas, au contraire, où les symptômes locaux sont faibles et où il y a peu de fièvre, on donne à l'affection le nom de *goutte froide* ou de *goutte œdémateuse*, parce que le gonflement et l'empâtement ne sont accompagnés ni de chaleur, ni de rougeur, ni même de douleur vive.

L'attaque ne se présente pas toujours telle que nous venons de la décrire. Il y a une variation qu'il était facile de supposer dans les différents symptômes et dans leur durée, suivant les cas. Ainsi, chez certains sujets, les exacerbations sont moins marquées ; chez d'autres, elles sont moins régulières, reviennent à des intervalles un peu plus ou un peu moins grands, durent moins longtemps. Les symptômes généraux diffèrent aussi notablement d'intensité chez les différents sujets. Ils sont très-considérables et se produisent tous ensemble chez quelques-uns, tandis que chez d'autres ils sont faibles et peu nombreux. Ils sont en rapport avec la violence de la douleur et l'intensité du mouvement fébrile

Tant que la goutte se manifeste ainsi par des attaques bien caractérisées qui laissent ensuite le malade dans un état de santé satisfaisant, on peut la regarder comme une goutte aiguë. Mais ces attaques vont en se rapprochant de plus en plus ; il reste à leur suite des désordres locaux ; souvent la santé ne se rétablit qu'incomplétement dans leurs intervalles. La goutte est alors passée à l'état chronique, et cet état mérite une description particulière.

3° *Goutte chronique.* — Il est très-rare que la goutte chronique soit *primitive.* Presque toujours elle n'est que la conséquence de la goutte aiguë, dont elle doit être considérée comme une continuation, plutôt que d'être regardée comme une maladie distincte.

C'est surtout la goutte chronique qui a reçu le nom de *goutte irrégulière*, parce que les attaques n'y sont plus distinctes comme dans la goutte aiguë, et qu'on n'y remarque que des exacerbations survenant à des intervalles très-variables. On l'a désignée encore sous le nom de *goutte invétérée*, qui ne se rapporte qu'aux cas, extrêmement nombreux, dans lesquels la goutte chronique a succédé à la goutte aiguë. Nous indiquerons plus loin les principales variétés ; qu'il nous suffise ici de signaler une distinction plus importante que les autres. Dans un bon nombre de cas, la goutte chronique reste fixée dans une articulation, ou du moins dans un

petit nombre de jointures où les altérations sont permanentes et vont sans cesse en augmentant, si la maladie n'est pas ralentie dans sa marche. Dans quelques-uns, un plus grand nombre de jointures sont généralement affectées, et non en même temps : tantôt le malade souffre des orteils d'un pied, tantôt de ceux du côté opposé, tantôt des mains, etc. Dans ce dernier cas, la maladie, ne se reproduisant pas aussi souvent dans les articulations affectées, n'y laisse ordinairement pas de traces aussi profondes. A la première on a donné le nom de *goutte chronique fixe;* à la seconde celui de *goutte chronique mobile*, *vague*, *anormale*, ou encore celui d'*irrégulière*, car on a trouvé l'irrégularité aussi bien dans la mobilité des symptômes locaux que dans leur siége et dans d'autres circonstances accessoires.

La *douleur* n'est jamais aussi grande dans la goutte chronique que dans la goutte aiguë, bien qu'à des intervalles variés elle reprenne un certain degré d'intensité ; mais elle est beaucoup plus continue; de telle sorte qu'il est très-rare qu'elle se dissipe complétement; que, dans les cas où il en est ainsi, cette amélioration ne dure pas longtemps, et que toujours il reste une gêne assez grande des articulations malades, conséquence nécessaire des altérations dont nous parlerons plus loin.

Le *siége* de cette douleur est ordinairement le même qu'elle occupait dans les attaques de goutte aiguë. Il n'est pas rare de voir la goutte, en devenant chronique, affecter de nouvelles articulations sans cesser d'occuper les anciennes : ainsi envahir les mains, les coudes et les genoux, et, des petites articulations, son siége habituel, passer aux grandes, qu'affecte particulièrement le rhumatisme. Ceux qui pensent que la goutte et le rhumatisme articulaire sont des affections identiques se sont appuyés sur les faits de ce genre qui présentent, en effet, de grands rapports avec cette dernière affection.

Tophus. — Le *gonflement* devient persistant et présente quelques particularités importantes. Il est beaucoup plus irrégulier que dans la goutte aiguë, ce qui résulte de la formation de *concrétions tophacées* qui se montrent autour des articulations, et qui gênent beaucoup les mouvements. Il en résulte des tumeurs dures, irrégulières, bosselées, situées immédiatement sous la peau, qu'on ne peut pas faire glisser sur elles, et pénétrant jusqu'aux ligaments articulaires, où elles sont fixées. Dans d'autres circonstances, elles occupent les bourses muqueuses et les gaînes des tendons, et paraissent généralement plus profondes, à moins qu'elles ne soient très-volumineuses. On conçoit combien ces tumeurs doivent rendre la pression douloureuse, et surtout la pression exercée par la chaussure; aussi les goutteux qui offrent de semblables altérations marchent-ils avec la plus grande difficulté, et sont obligés de mettre des chaussures particulières, ou de couper leurs chaussures ordinaires, de manière que la partie tuméfiée ne supporte aucune pression.

On comprend combien doit être grande la *déformation* des articles qui résulte de semblables tumeurs; l'articulation saillante, les doigts déviés, pressés par leurs extrémités les uns contre les autres, donnent aux parties un aspect tout particulier.

Quelquefois ces concrétions tophacées finissent, en pressant continuellement sur les tissus, par les ulcérer; la peau s'enflamme et se détruit à leur niveau, et de là des *plaies* de longue durée, à la suite desquelles est évacuée la matière concrète qui constitue la tumeur. D'autres fois, au contraire, elles opèrent la destruction des surfaces articulaires.

Mais ces productions morbides ne sont pas les seules causes de la déformation des articles. Le *gonflement* des extrémités articulaires, l'*atrophie* des parties situées au delà, l'immobilité des petites articulations, dans lesquelles aucun mouvement ne saurait se passer sans retentir douloureusement dans l'articulation malade, donnent lieu à des changements de forme très-notables. Les doigts sont atrophiés, renversés les uns sur les autres; leurs mouvements sont faibles, c'est ce qu'on remarque surtout aux mains. Non-seulement les malades, lorsque ces lésions sont considérables, ne serrent plus les objets que très-faiblement, mais encore ils les prennent avec difficulté, et deviennent très-maladroits.

Le gonflement occupe également les grandes articulations lorsque la maladie les envahit, et ces parties ne sont pas exemptes de concrétions tophacées.

Quant à la *rougeur* et à la *chaleur*, elles ne sont pas habituelles dans la goutte chronique, et ne se manifestent que dans certains retours à l'acuité, qui ont lieu de loin en loin, ou bien lorsque les concrétions tophacées, en irritant les tissus, y déterminent une inflammation plus ou moins vive.

Tels sont les symptômes locaux, qui présentent nécessairement des variétés et des nuances qu'il est très-facile de concevoir.

Les *symptômes généraux* sont variables. Durant les *exacerbations* de plus ou moins longue durée qui surviennent dans la goutte chronique, on remarque une diminution plus ou moins marquée de l'*appétit*, qui quelquefois, au contraire, présente une assez grande vivacité. En même temps on constate l'existence d'un sentiment de plénitude à l'épigastre, de rapports, de borborygmes, en un mot de symptômes dépendants d'un développement surabondant de gaz. Dans d'autres cas, il y a des symptômes d'*embarras gastrique;* quelquefois des douleurs gastro-intestinales qu'on peut rapporter à une gastro-entéralgie. La *constipation* est l'état ordinaire des goutteux; elle augmente ordinairement pendant les attaques : il est rare de noter la *diarrhée.*

Nous n'avons que des renseignements très-insuffisants sur l'état des *voies respiratoires* et des *voies circulatoires;* on a beaucoup parlé de la *dyspnée*, de la *toux*, de l'*oppression*, des *douleurs pectorales* des goutteux; mais à quoi sont dus ces symptômes? L'obésité de quelques malades ne suffit-elle pas pour en expliquer quelques-uns? Un certain degré de catarrhe pulmonaire ne rend-il pas compte des autres? Et enfin une complication du côté de l'organe central de la circulation n'est-elle pas le plus souvent la source des phénomènes morbides que présente cette fonction?

Du côté du *système nerveux*, on a signalé l'insomnie, l'inquiétude, l'irritabilité. On a cité des exemples de tentative de suicide pour échapper aux angoisses des attaques; mais ces cas sont extrêmement rares.

Nous mentionnerons les étourdissements, les bourdonnements d'oreille, la céphalalgie, parce que ces symptômes ne sont pas constants. Les *crampes* appartiennent plus particulièrement à l'affection qui nous occupe, ainsi que les *spasmes* des divers organes.

Il faut aussi faire mention de l'*œdème* qui survient aux extrémités, mais qui paraît être sous la dépendance d'une complication du côté du cœur, bien plutôt qu'une conséquence de la goutte.

Nous signalerons également la sécheresse de la *peau* pendant l'attaque, la sup-

pression des sueurs habituelles et de certains *flux sanguins*, tels que les *hémorrhoïdes.*

Les *urines* sont chargées, peu abondantes. Les affections des voies urinaires (le *catarrhe*, la *gravelle*, etc.) sont fréquentes chez les goutteux, et augmentent pendant les exacerbations de la goutte chronique.

Lorsque ces paroxysmes irréguliers et de durée indéterminée se sont dissipés, la santé générale est assez bonne chez la plupart des sujets. Quelques-uns conservent quelques troubles nerveux et un embarras plus ou moins marqué de la digestion. La plupart, au contraire, recouvrent un appétit souvent très-considérable, et qu'ils ne peuvent s'empêcher de satisfaire. Ils se sentent très-dispos, et les altérations anatomiques survenues dans les jointures affectées les empêchent seules de se livrer à l'exercice qui leur serait nécessaire.

4° *Rétrocession de la goutte, métastase goutteuse, goutte interne.* — Il n'est guère d'affection aiguë qui n'ait été regardée, dans un certain nombre de cas, comme une goutte rétrocédée, ou remontée. Aussi voit-on, dans une attaque de goutte, ou seulement chez un goutteux, survenir une *bronchite*, une *pneumonie*, une *gastrite*, une *entérite*, et même une *angine;* on leur donne le nom de bronchite, de pneumonie, de gastrite, d'angines goutteuses. Rien n'autorise à adopter cette manière de voir. On n'a cité aucune particularité qui établît une différence un peu notable entre ces affections, suivant qu'elles surviennent chez des goutteux ou qu'elles affectent des sujets dans d'autres conditions. Nous ne pouvons y voir que des affections intercurrentes d'autant plus graves, qu'elles se montrent chez des malades plus épuisés par des attaques longues, violentes et fréquentes.

Reste à savoir maintenant si des symptômes graves appartenant à la goutte, et ne pouvant être attribués à aucune des maladies précédentes, se montrent dans les principaux organes, et notamment dans l'estomac. Tout le monde a parlé de la *goutte remontée* dans l'estomac, dans la poitrine, et il y a même des principes de traitement fondés sur cette opinion. Malheureusement les écrits des auteurs nous laissent sur ce point dans le plus grand embarras. Voit-on des symptômes graves survenir dans les organes internes, les auteurs affirment que c'est la goutte qui a envahi ces organes. Mais les preuves, où sont-elles ? quelles sont les recherches qui nous font voir que ces organes n'ont été réellement atteints que de la goutte ? C'est comme si, chez un phthisique affecté de gastrite secondaire, on disait que la phthisie est descendue dans l'estomac. Nous ne voulons pas, assurément, trancher la question; nous savons que, dans nombre de cas de terminaison fatale, on a vu apparaître des symptômes très-graves du côté des cavités splanchniques ; il ne nous répugne nullement d'admettre que la même maladie qui a occasionné des symptômes locaux si intenses dans les articulations puisse en produire d'analogues dans les organes intérieurs ; mais nous sommes en droit de demander la démonstration du fait : ce qui est faire un appel à de nouvelles investigations. De Castelnau, tout en penchant pour la rétrocession de la goutte, ne se prononce pas formellement (1).

Mais on a cité des faits (2) dans lesquels l'apparition de la goutte a paru dissiper certains états morbides. Ces faits, on peut le dire hardiment, ne peuvent supporter

(1) De Castelnau, *Obs. et réflex. sur la goutte*, etc. (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1843, t. III, p. 285).
(2) Scudamore, *Traité de la goutte*.

le plus léger examen ; il en faut nécessairement d'autres plus circonstanciés et mieux étudiés. Les mêmes réflexions s'appliquent à la *métastase goutteuse.* Il faudrait d'abord qu'on nous citât des exemples bien évidents de la cessation brusque des symptômes articulaires et de l'apparition correspondante d'une affection interne ; en second lieu, il serait bon qu'on pût nous faire voir que cette affection interne est bien réellement la goutte transportée sur un organe interne, et non une phlegmasie ordinaire.

On voit nécessairement des sujets affectés de la goutte être pris quelquefois d'une affection de l'estomac, du poumon, des intestins, sans que les articulations aient été préalablement envahies, ou, en d'autres termes, dans les intervalles des attaques. Cela suffit à quelques auteurs pour regarder cette affection comme une maladie goutteuse ; pour eux, c'est la *goutte interne.* Évidemment, c'est s'exposer volontairement à l'erreur que de raisonner ainsi.

En résumé, bien que l'on ait cité quelques faits qui portent à croire que, dans certaines circonstances, la goutte peut se porter vers l'intérieur ; bien qu'il ne répugne nullement d'admettre la possibilité de ce fait ; bien qu'un grand nombre d'auteurs aient défendu cette cause avec beaucoup de talent, nous restons encore dans le doute.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La goutte se manifeste par attaques ; ces attaques sont composées d'*accès quotidiens* durant de dix à douze ou vingt-quatre heures ; il y a néanmoins des nuances nombreuses. Les attaques, d'abord violentes, d'une durée de deux à trois septénaires, sont séparées par de longs intervalles, pendant lesquels tout se dissipe : symptômes locaux aussi bien que symptômes généraux ; plus tard ces attaques sont de moins en moins violentes, mais aussi de plus en plus rapprochées ; enfin, à une certaine époque, il n'y a plus d'intervalles pendant lesquels tout rentre complétement dans l'ordre ; les malades sont toujours plus ou moins souffrants ; les altérations anatomiques deviennent permanentes, la goutte ayant passé à l'état *chronique.*

W. Gairdner admet *trois périodes.* Dans la première, les attaques de goutte, quoique violentes, laissent dans leurs intervalles les sujets sans détérioration de la constitution ; dans la seconde, celle-ci commence à souffrir, bien que les attaques soient encore aiguës ; la troisième est la *goutte chronique*, avec tous les accidents qu'elle produit.

La *durée* de la goutte est presque toujours mesurée par l'existence même du sujet. On a cité quelques cas de guérison, mais ils sont bien rares. En pareil cas, la durée est nécessairement indéterminée.

La *terminaison* fatale la plus ordinaire a lieu par suite d'une affection intercurrente ; la goutte cependant peut causer la mort par elle-même, comme W. Gairdner (1) en a cité des exemples. Beaucoup d'auteurs des deux siècles derniers ont pensé que la goutte peut, en se jetant sur un organe interne, causer la mort par elle-même.

(1) Gairdner, *On gout, its history, its cause and its cure.* London, 1851, p. 33 et suiv.

Parmi les *complications* les plus fréquentes de la goutte, on a rangé la *gravelle*. Nous verrons plus loin, en parlant des lésions anatomiques, comment on a rapproché de cette circonstance la composition des concrétions tophacées, qui est, en effet, remarquable. [On a rencontré aussi des dépôts tophacés d'origine goutteuse dans plusieurs autres organes. L'*oreille* est un des lieux d'élection les plus communs et les plus remarquables de ces productions. Les auteurs anciens avaient déjà signalé cette particularité ; Graves, Garrod, Trousseau, l'ont observée dans un grand nombre de cas. Il est à remarquer que quelquefois ces concrétions de l'oreille apparaissent avant même que la goutte se soit nettement manifestée.]

On a cité des cas dans lesquels les symptômes de la goutte se sont accompagnés des symptômes du *scorbut*, et l'on en a fait une espèce de goutte, sous le nom de *goutte vague scorbutique* (1). Dans cette manière d'interpréter les faits, il y a eu confusion. Les douleurs articulaires, le ramollissement, la carie des os, les ulcérations des articulations, sont des symptômes du scorbut lui-même, et ne doivent pas être pris pour les phénomènes locaux de la goutte. Que si ces phénomènes se manifestent chez un sujet préalablement goutteux, rien ne prouve que la goutte soit pour quelque chose dans cette manifestation. On voit que, faute de s'être bien posé le problème à résoudre, on a laissé toutes les questions en litige, tout en croyant y avoir parfaitement répondu.

§ VI. — Lésions anatomiques.

[Les lésions anatomiques que l'on trouve dans les articulations affectées de goutte présentent un caractère constant et vraiment spécifique : c'est le dépôt, dans les différents éléments qui constituent la jointure, de *matières tophacées* qui se rencontrent à la fois autour des jointures et dans leur intérieur. Aussi Garrod a-t-il posé en loi que « l'inflammation goutteuse est invariablement accompagnée de dépôts d'urate de soude » (2).

Les ligaments qui entourent les articulations, et particulièrement celles du gros orteil, sont quelquefois si complétement infiltrés par les dépôts tophacés, que la jointure semble comme enfermée dans un étui crayeux ; le dépôt s'étend même souvent au delà des ligaments périphériques, et envahit les tendons et leurs gaînes, les expansions aponévrotiques des muscles. Les extrémités articulaires des os présentent des altérations analogues ; les cartilages sont inscrustés, et dans quelques cas, on trouve dans les épiphyses osseuses des dépôts crayeux plus ou moins étendus, s'étendant parfois à une profondeur considérable ; cette altération résulterait dans tous les cas, d'après Garrod, de l'extension du travail morbide qui aurait commencé dans le cartilage.

La cavité articulaire est généralement sèche ; quelquefois pourtant on la trouve pleine d'un liquide épais, et même plâtreux.

Ces lésions entraînent nécessairement des altérations secondaires dans l'article et dans les parties environnantes. Les extrémités osseuses, déformées et irrégulières, sont quelquefois déplacées et déviées ; l'articulation a plus ou moins perdu sa mobilité normale. Les organes péri-articulaires sont atrophiés ; les muscles, réduits à

(1) Voy. Coste, Barthez, etc.
(2) Garrod, *loc. cit.*, p. 218.

l'inaction, sont atrophiés aussi et souvent dégénérés. En même temps, on peut rencontrer dans l'articulation des traces évidentes d'une phlegmasie dont les phénomènes sont variables suivant le temps qui s'est écoulé depuis le début des accidents articulaires.]

Les *concrétions goutteuses* ont leur siége habituel en dehors des capsules synoviales, sur les membranes fibreuses; quelquefois on les a vues se produire dans les poches synoviales, dans les bourses muqueuses et dans les gaînes des tendons. Morgagni a vu une de ces concrétions dans la mamelle d'un goutteux.

Leur forme est tout à fait variable. Quelquefois la matière tophacée entoure toute l'articulation; bien plus souvent elle s'accumule dans un ou plusieurs points et forme des bosselures irrégulières.

La dureté de ces concrétions est différente suivant les cas : quelquefois elles sont pénétrées de matières liquides, et s'écrasent comme de la craie mouillée; d'autres fois elles sont sèches et dures. Dans les cas où elles ont déterminé l'ulcération, l'abondance des liquides morbides les désagrége, et les réduit en grains isolés mêlés à des parties plus volumineuses.

La composition chimique de ces concrétions est surtout remarquable. Voici ce qui résulte de l'analyse qu'en a faite Laugier :

Eau	8,3	Chaux	8,3
Matière animale	16,7	Chlorure de sodium	17,7
Acide urique	16,7	Perte	17,7
Soude	16,7		

D'autres chimistes ont trouvé des carbonates, des phosphates de chaux en grande quantité; mais ce sont surtout les urates de soude et de chaux qui se sont montrés d'une manière remarquable (1).

[*L'état du sang* dans la goutte a pris une importance considérable depuis qu'on en a fait le point de départ de plusieurs théories sur la nature de cette affection. Garrod (2) a fait de nombreuses analyses du sang chez les goutteux, et est arrivé à la conclusion suivante : « Le sang, dans la goutte, contient toujours de l'acide urique sous forme d'urates de soude en quantités anormales, et ce sel peut en être obtenu à l'état cristallin. » D'après les résultats de plusieurs analyses quantitatives que cet auteur a faites, dans le but de déterminer le chiffre d'acide urique, on voit que 1000 parties de sérum ont fourni entre 0,025 et 0,175 d'acide urique. Les autres éléments du sang ne présentent aucune variation constante, qui soit sous la dépendance directe de la goutte : quand il existe une inflammation goutteuse de quelque intensité, le chiffre de la fibrine peut s'élever notablement au-dessus de la moyenne normale, mais cette altération est transitoire comme le travail morbide auquel elle se lie. Garrod a montré aussi que l'on pouvait dénoter la présence de l'acide urique dans les épanchements morbides qui se forment chez les goutteux, par exemple dans le péritoine et le péricarde, dans le liquide séreux provenant de l'application de vésicatoires, et aussi dans les sécrétions normales ou morbides qui se font à la surface de la peau.

(1) *Mém. de l'Acad. de méd.* Paris, 1828, t. I, p. 410. — Cruveilhier, *Anatomie pathologique du corps humain*, 4e livraison, in-fol. avec planches col.

(2) Garrod, *loc. cit.*, p. 90 et suiv.

La *composition de l'urine* a été également l'objet de recherches minutieuses qui ont modifié plusieurs opinions généralement accréditées. On sait que l'urine des goutteux présente souvent des dépôts d'acide urique et d'urates, formant quelquefois des sédiments abondants, et qu'en outre les goutteux sont très-exposés aux attaques de gravelle néphritique; on en avait conclu que l'urine, dans la goutte, contenait comme le sang un excès d'acide urique. Tout en reconnaissant que ce qu'on avait dit des apparences physiques de l'urine est parfaitement exact, Garrod (1) a montré que la conclusion qu'on en a tirée, relativement à la composition de ce liquide, est tout à fait erronée, et que la quantité d'acide urique excrété, loin d'être augmentée, est le plus souvent diminuée. La moyenne de l'excrétion normale étant de 0gr,48 dans les vingt-quatre heures, il a trouvé que, dans 7 cas de goutte aiguë, le chiffre de l'acide urique avait été en moyenne de 0gr,197; au début de l'attaque, l'urine est claire et la quantité d'acide urique diminuée; à mesure que la maladie s'avance, la proportion d'acide urique éliminé augmente et peut même dépasser la moyenne normale, constituant alors des sédiments critiques; plus tard, l'acide urique diminue de nouveau, mais toujours moins qu'au commencement de l'attaque.

Dans la goutte chronique, la quantité d'acide urique éliminé a toujours été inférieure à la quantité normale. Sur 17 observations, Garrod a trouvé une moyenne inférieure à 0gr,06. L'urine est plutôt pâle que foncée, d'une faible densité et accrue en quantité; elle ne laisse ordinairement pas de dépôts.

Dans l'intervalle des attaques, la quantité d'acide urique n'a jamais excédé la moyenne normale; le plus souvent, elle lui a été inférieure.

L'urée n'a ordinairement pas subi de changement dans ses proportions; mais il est assez commun de trouver dans l'urine une quantité d'albumine plus ou moins considérable. Cette albuminurie s'observe surtout dans les cas où l'urine contient des sédiments uratiques assez abondants (Garrod).

C'est d'après les résultats de ces examens du sang et de l'urine, que quelques auteurs ont considéré la goutte comme produite par l'accumulation de l'acide urique dans l'économie, faisant ainsi consister cette maladie dans la diathèse urique. Plusieurs objections peuvent être faites à cette manière de voir, nous ne pouvons les examiner ici; mais nous devions signaler le fait inconstestable de l'excès d'acide urique dans la goutte, parce que ce fait doit influer sur le traitement.]

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Ce n'est évidemment qu'avec le rhumatisme articulaire qu'on doit établir le diagnostic différentiel de la maladie qui nous occupe. Comparons d'abord la *goutte aiguë* avec le *rhumatisme articulaire aigu.*

La goutte aiguë attaque les gens de la classe riche; le rhumatisme articulaire aigu s'observe surtout chez les gens pauvres. L'âge auquel se manifeste les deux affections n'est pas le même. La goutte affecte les petites articulations, le rhumatisme les grandes. La première de ces maladies revient par attaques distinctes, composées d'accès quotidiens; il y a de la régularité dans sa marche. Une fois

(1) Garrod, *loc. cit.*, p. 134 et suiv.

qu'elle a attaqué un individu, on peut dire qu'elle se reproduira chez lui un grand nombre de fois. Les premières attaques sont les plus violentes; elles vont ensuite en s'affaiblissant graduellement. Les symptômes locaux ne passent pas d'une articulation à l'autre, et restent fixés dans les points primitivement affectés, alors même que de nouvelles articulations sont envahies; le cas contraire est rare. L'état de l'articulation malade est particulier : la rougeur, la chaleur sont vives; les veines sont fréquemment dilatées aux environs; enfin, à un certain moment, il survient une sueur locale digne de remarque. Dans le rhumatisme articulaire aigu, les symptômes sont continus, avec des exacerbations irrégulières, on voit beaucoup de sujets qui n'ont eu qu'une attaque de rhumatisme; il est très-rare que l'affection se reproduise fréquemment. Dans les cas où il y a une seconde attaque, elle peut être infiniment plus forte que la première; il en est de même de la troisième, et ainsi de suite. La mobilité des symptômes locaux est un des principaux caractères de l'affection. On ne trouve ordinairement pas la rougeur et la chaleur des articulations malades aussi vives; il n'y a pas de dilatations des veines, pas de sueur locale particulière.

La *goutte chronique* se distingue du *rhumatisme articulaire chronique* par plusieurs des signes distinctifs qui viennent d'être énumérés, et en outre par les caractères suivants : Elle affecte les petites articulations; elle n'en occupe ordinairement qu'un très-petit nombre; il survient dans les articles malades une déformation plus grande; les concrétions tophacées ne tardent pas à s'y montrer : tandis que dans le rhumatisme on voit les grandes articulations se prendre de préférence; un plus grand nombre de ces parties être envahies par la maladie; le gonflement être considérable pendant longtemps avant que la déformation soit portée très-loin; enfin, dans cette dernière affection, on n'a pas noté l'existence des concrétions tophacées.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la goutte aiguë et du rhumatisme articulaire aigu.*

GOUTTE AIGUE.	RHUMATISME ARTICULAIRE AIGU.
Attaque la *classe riche*.	Attaque la *classe pauvre*.
Se manifeste en général à un *âge plus avancé*.	Se manifeste en général à un *âge moins avancé*.
Affecte particulièrement les *petites articulations*.	Affecte particulièrement les *grandes articulations*.
Revient par *attaques distinctes* composées d'*accès quotidiens*.	*Pas d'attaques distinctes; pas d'accès quotidiens;* seulement exacerbations irrégulières.
Se reproduit fréquemment.	Très-souvent n'affecte les sujets qu'*une* ou *deux fois*.
Les *premières attaques* sont les plus *violentes;* elles diminuent ensuite d'intensité, et augmentent de fréquence.	La *seconde*, *la troisième attaque*, peuvent être les plus *violentes*.
Fixité des symptômes locaux.	*Mobilité* des symptômes locaux.
Rougeur, chaleur, généralement *plus vives*.	Rougeur, chaleur, généralement *moins vives*.
Dilatation des veines au pourtour des articulations malades.	*Pas de dilatation des veines* au pourtour des articulations malades.
Sueur locale à la fin de l'attaque.	Pas de *sueur locale*, particulièrement à la fin de l'attaque.

Il nous paraît difficile que des signes distinctifs si marqués et si nombreux, auxquels il faut joindre encore la manière dont se termine la maladie, passant presque toujours à l'état chronique et donnant lieu à des concrétions tophacées dans la goutte, passant au contraire rarement à l'état chronique et n'ayant pas pour caractères les concrétions tophacées dans le rhumatisme ; il nous paraît, disons-nous, difficile d'admettre que des signes distinctifs si marqués ne soient pas suffisants pour poser le diagnostic sur des bases solides.

2° *Signes distinctifs de la goutte chronique et du rhumatisme articulaire chronique.*

GOUTTE CHRONIQUE.	RHUMATISME CHRONIQUE.
Attaque la *classe riche*.	Attaque la *classe pauvre*.
Age, ut suprà.	*Age*, ut suprà.
Marche, ut suprà.	*Marche*, ut suprà.
Siége, ut suprà.	*Siége*, ut suprà.
Concrétions tophacées.	*Pas de concrétions tophacées*.
Déformation *plus marquée*.	Déformation *moins marquée*.

[Il paraît, au premier abord, plus difficile de distinguer la *goutte chronique* du *rhumatisme noueux ;* quelques auteurs ont même considéré cette dernière maladie comme présentant de si grandes affinités avec la goutte et avec le rhumatisme à la fois, qu'ils l'ont appelée rhumatisme goutteux. Cette manière de voir n'est plus adoptée aujourd'hui, et les caractères distinctifs entre les deux maladies sont assez tranchés pour qu'il soit toujours possible d'établir le diagnostic :

3° *Signes distinctifs de la goutte chronique et du rhumatisme noueux.*

GOUTTE CHRONIQUE.	RHUMATISME NOUEUX.
Attaque les *hommes*.	Attaque surtout les *femmes*.
Survient dans un *âge assez avancé*.	Survient à *tout âge*.
Affecte particulièrement les *pieds*.	Affecte particulièrement les *mains*.
Revient par *attaques*, avec des *intermissions*.	Marche *continue*, *progressive*, *sans intermissions*.
Déformations variables, dues à des *concrétions tophacées*.	*Déformations caractéristiques*, dues aux *altérations des os*.
Le sang et les humeurs contiennent un *excès d'acide urique*.	Le sang ne contient *pas d'excès d'acide urique*.
Coïncide souvent avec la *gravelle*, des *troubles dyspeptiques*, etc.	Pas de *gravelle*, de *troubles dyspeptiques*, etc.]

Pronostic. — Dans les cas ordinaires, la goutte ne menace pas les jours des malades. S'il survient une affection interne, quelque opinion qu'on se fasse d'ailleurs sur la manière dont elle s'est produite, on doit avoir des craintes sur l'issue de la maladie. On est, en effet, d'accord sur la gravité de ces accidents ; on ne diffère que dans l'explication. Dans deux des quatre cas qu'il a observés, de Castelnau a vu la mort survenir à la suite de phénomènes graves qui ne pouvaient s'expliquer que par la paralysie des muscles intercostaux, et chez un sujet il y a eu des troubles dont le siége a paru être dans le nerf pneumogastrique. De Castelnau a fait ressortir les raisons qui portent à admettre que ces accidents étaient sous la dépendance de la même cause qui avait produit les symptômes articulaires. Lorsque

la goutte a duré longtemps, et que ses attaques ont été très-fréquentes et très-violentes, la constitution peut se détériorer; on a donné à cet état le nom de *cachexie goutteuse*.

§ VIII. — Traitement.

Nous commencerons par le traitement de la goutte aiguë, puis nous exposerons celui de la goutte chronique et le traitement prophylactique.

1° *Traitement de la goutte aiguë.* — Nous allons passer en revue les moyens qu'on oppose aux symptômes aigus de la goutte; nous rechercherons ensuite s'il convient de faire quelque chose de particulier *dans l'attaque*.

Émissions sanguines. — Quelques auteurs proscrivent la *saignée;* d'autres la conseillent dans des cas donnés. Contentons-nous de dire que chez les sujets robustes, sanguins, et lorsque la fièvre est intense, on pratique en général une ou deux saignées. Mead (1) recommande principalement la phlébotomie lorsqu'il y a de l'agitation et du délire. Les *émissions sanguines locales* ont été surtout regardées comme dangereuses. On craint, en y ayant recours, de faire disparaître trop promptement les symptômes locaux, et d'occasionner ainsi la rétrocession de la goutte. Qu'y a-t-il de positif dans cette manière de voir? C'est ce qu'on ne peut pas dire après avoir lu ce que les auteurs modernes ont publié à ce sujet, mais on ne peut s'empêcher de reconnaître que la plupart des médecins des siècles passés ont attribué aux saignées un danger beaucoup plus grand que celui qu'elles présentent réellement.

Sudorifiques. — Les sudorifiques sont beaucoup moins employés dans la goutte aiguë que dans la goutte chronique. Dans la goutte aiguë, on ne doit pas employer de sudorifiques très-actifs. Quelques infusions chaudes, comme l'infusion de *sureau*, de *bourrache*, de *salsepareille*, de *sassafras*, une légère décoction de *gaïac*, sont suffisantes; encore ne doit-on les mettre en usage que dans les intervalles des attaques ou vers la fin. Sydenham insiste beaucoup pour qu'on ne fasse pas abus des sudorifiques. Quelques *bains de vapeur* peuvent aussi être ordonnés, mais seulement dans les intervalles des attaques, à moins que la fièvre ne soit très-légère. Schmit a préconisé les *bains russes*, après l'emploi des émissions sanguines locales; c'est une pratique qui n'a guère été suivie.

Mercuriaux. — Les mercuriaux ont trouvé place dans la goutte aiguë comme dans le rhumatisme articulaire. Lentin a prescrit le *deutochlorure de mercure* dans cette affection, et Burdach unit ce médicament au colchique de la manière suivante :

℞ Deutochlorure de mercure. 10 centigram.	Vin de colchique............. 15 gram.
Eau distillée........... 50 gram.	

Mêlez. Dose : de 30 à 40 gouttes toutes les deux heures.

Musgrave, Hamilton, etc., recommandent le *calomel* à dose altérante. Ce médicament fait partie d'un bon nombre de formules dont nous donnerons quelques-unes plus loin. Quant à son degré d'efficacité, on ne peut rien en dire.

A l'extérieur, on emploie également le mercure : ainsi les frictions *mercurielles*,

(1) Mead, *De podagra* (*Opera omnia*, t. II).

les lotions avec une solution de *deutochlorure de mercure*, dans les proportions suivantes, par exemple :

Deutochlorure de mercure ... 2 gram.	Alcool.................... 500 gram.

Prenez de cette solution............................ 1 partie.

Mêlez-la avec :

Eau.................................... 1 ou 2 parties.

Pour lotions, matin et soir, sur les articulations malades.

Il faut pendant ces lotions, après lesquelles les mains doivent être soigneusement lavées, surveiller attentivement l'état des gencives. On ne doit les mettre en usage que lorsqu'il n'existe pas de symptômes très-aigus.

Antimoniaux. — Il est peu de médicaments qui aient été aussi fréquemment employés contre la goutte que les antimoniaux; mais il est rare que l'antimoine ou ses composés soient administrés seuls dans le traitement de la goutte. Le plus souvent ils font partie de formules compliquées, telles que celle de Quarin (1), que nous présentons ici parce qu'elle a eu une très-grande réputation, et que Quarin lui accordait la plus complète confiance :

℞ Salsepareille coupée....... 120 gram.	Antimoine dans un nouet de linge. 180 gram.

Faites bouillir dans :

Eau.................................. 3000 gram.

jusqu'à réduction à 2000 gram.

Puis faites infuser dans ce liquide :

Réglisse ratissée et coupée... 30 gram.	Anis...................... 8 gram.

Passez à travers un blanchet. A prendre par grands verres, dans la journée.

Richter prescrit la poudre suivante :

℞ Calomel...........	aa 10 centigram.	Douce-amère...........	aa 1gr,25
Sulfure d'antimoine.		Sucre blanc.............	
Extrait d'aconit.....			

Mêlez. Faites une poudre. Divisez en seize paquets. Dose : un matin et soir.

Dans presque toutes les formules on trouve réunis les narcotiques, les mercuriaux, les antimoniaux, les carminatifs, les sudorifiques, et parfois les diurétiques. La *poudre de James*, dont on trouve partout la formule, est très-usitée en Angleterre.

Purgatifs. — On ne prescrit pas ordinairement de purgatifs énergiques. La crainte d'irriter les intestins et l'estomac, et d'appeler sur eux la goutte, a toujours retenu les médecins. On se contente de maintenir le ventre libre; évidemment, il n'y a rien de particulier dans la manière d'agir de la rhubarbe, de la magnésie, de l'aloès, du jalap, qu'on emploie en pareil cas.

(1) Quarin, *Animadversiones practicæ in diversos morbos*. Viennæ, p. 279.

Colchique. — Le colchique a été ordonné dans la goutte comme dans le rhumatisme articulaire. On administre cette substance de la même manière que dans cette dernière maladie (1). Parmi les médecins qui en ont vanté l'efficacité, nous citerons Home, Johnson, Montègre, et surtout Battleley (2). Ce dernier auteur a rapporté un fait dans lequel des douleurs atroces se sont calmées très-peu de temps après l'administration de *vingt gouttes de vin de colchique.* W. Gairdner (3) accorde aussi une grande influence à ce médicament ; mais il recommande de le donner à dose aussi modérée que possible, et de ne pas dépasser le point où le médicament commence à manifester son action. [Garrod, Trousseau et Galtier-Boissière ont signalé aussi la grande efficacité des préparations de colchique contre l'attaque de goutte. Tous ces auteurs s'accordent à dire que, pour en obtenir les effets utiles, il faut que le médicament soit donné à faible dose, de façon qu'il soit toléré par le tube digestif; à dose élevée, le colchique agit comme substance irritante de l'estomac et de l'intestin, et ne manifeste plus son action thérapeutique.

On a employé aussi la *cévadille* et l'*ellébore blanc* comme succédanés du colchique. Ces substances entrent dans la composition d'un grand nombre de remèdes dits antigoutteux.

Il faut, d'ailleurs, être très-réservé dans l'emploi de ces médicaments actifs, qui peuvent, en enrayant brusquement la marche de la maladie, provoquer des rétrocessions sur les viscères. Trousseau n'administre le colchique que quand l'attaque de goutte a déjà duré quelques jours et qu'elle tire à sa fin.]

Narcotiques. — Les narcotiques, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, sont bien plutôt employés contre l'attaque que dans toute autre circonstance ; cependant, si dans les intervalles des attaques il restait quelques signes d'acuité, on aurait recours avec avantage aux applications narcotiques à l'extérieur (cataplasme à la belladone, au datura, etc.), et en même temps on donnerait à l'intérieur 1 ou 2 décigrammes de *poudre de Dower* à la fois narcotique et sudorifique, ou quelques pilules d'opium. L'*aconit* a principalement joui d'une grande réputation depuis qu'il a été préconisé par Störk (4). Chapp a publié quatre observations dans lesquelles on voit des douleurs aiguës et opiniâtres céder à l'extrait d'aconit donné d'abord à la dose de 3 à 10 centigrammes, puis élevé progressivement aux doses de 30, 40, 50 centigrammes et plus.

Nous signalerons encore la *ciguë à hautes doses* comme ayant été vantée par Kung (5), mais sans que nous ayons des preuves suffisantes de son efficacité.

Froid. — L'application du froid a été faite sous forme de fomentations d'*eau froide* (6), d'application de *neige* (7). La plupart des médecins regardent l'emploi de ce moyen comme très-dangereux, en ce qu'il peut occasionner la rétrocession de la goutte. Dans les faits signalés par les auteurs que nous venons de citer, les douleurs ont été notablement calmées sans qu'il arrivât aucun accident.

(1) Voyez plus haut, p. 297.
(2) Battleley, *The London med. Rep.*, 1820.
(3) Gairdner, *On gout, its history, its cause and its cure*, p. 265.
(4) *Journal de médecine*, t. XXIV.
(5) *Beobachtungen und Abhandl ungen aus dem Gebiete der gesammt. prakt. Heilkunde*, etc., t. V. Wien, 1826.
(6) Voy. Kinglake, *Sur la goutte, son origine, etc.* Londres, 1804.
(7) Voy. Gremmler, Rust's *Magazin, für die gesammte Heilkunde*, t. XIV.

Applications excitantes. — On a, comme dans le rhumatisme, recours à certaines applications que nous mentionnerons ailleurs, telles que le *cataplasme de Pradier* (1), les frictions avec l'*alcool camphré*, etc., etc.

Un bon nombre des médicaments que nous ferons connaître en parlant de la goutte chronique, peuvent être employés dans la goutte aiguë.

2° *Traitement de l'attaque.* — Le traitement de l'attaque n'est pas composé de moyens bien différents de ceux qui viennent d'être énumérés, ou plutôt presque tous ces moyens entrent dans ce traitement ; mais il est important de savoir comment ils doivent être groupés, et jusqu'à quel point on doit insister sur chacun d'eux.

Si l'attaque s'annonce d'une manière violente, on ne doit pas craindre de faire usage assez largement des *émissions sanguines* générales et locales. Baillou avait déjà insisté sur la nécessité de cette médication et sur son innocuité. Paulmier employait à plusieurs reprises l'application des *sangsues* sur les articulations envahies, commençant par trente, et diminuant ce nombre aux applications suivantes. L'école de Broussais a vanté avec beaucoup d'exagération les avantages de ce moyen. La saignée générale et la saignée locale n'ont pas, du moins dans l'immense majorité des cas, les résultats fâcheux qu'on leur a supposés ; elles apportent du soulagement au malade ; mais, d'un autre côté, il ne faut pas compter sur elles pour la cure complète de la goutte.

Quelquefois on a réussi à faire avorter une attaque de goutte commençante, par l'application du *froid* sur les parties envahies. Cette pratique remonte jusqu'à Hippocrate (2), et cependant c'est encore là une de ces médications auxquelles on a attribué les plus graves dangers. On chercherait en vain dans les auteurs des preuves évidentes de la réalité de ces dangers, tandis qu'on a cité des faits où le *traitement abortif*, par l'immersion dans l'eau froide, les irrigations, les lotions, etc., a eu un plein succès.

Ce n'est pas seulement à l'extérieur, mais encore à l'*intérieur*, qu'on a prescrit le froid. Ainsi, on a administré l'*eau froide*, l'*eau frappée de glace*, la *glace*. Ce traitement offre-t-il plus de dangers que le précédent ? C'est ce qu'on pense, et ce qui n'est pas clairement démontré ; mais comme, d'un autre côté, les faits qu'on a cités en faveur de ce traitement perturbateur ne sont pas concluants, on doit, dans le doute où l'on est nécessairement, agir avec une grande prudence. En général, on réunit ces deux modes d'applications du froid, et, en même temps qu'on administre l'eau glacée à l'intérieur, on fait des lotions froides sur les articulations.

Viennent ensuite les *applications excitantes.* Nous avons déjà cité plus haut les principales, nous nous contenterons d'ajouter le *liniment de Pott :*

♃ Huile essentielle de térébenthine. 30 gram.	Acide chlorhydrique.......... 15 gram.

Mêlez.

Ce liniment ne doit être employé que dans les moments où les symptômes locaux et généraux ne sont pas très-intenses.

(1) Voy. ARTHRITE SIMPLE AIGUË.

(2) Hippocrate, *Aphorismes*, 5e section, § 25, in *Œuvres complètes*, traduction E. Littré. Paris, 1844, t. IV, p. 543.

Plus souvent on met sur les jointures malades des topiques émollients ou narcotiques. Sydenham appliquait un cataplasme de *mie de pain* et de *lait*, auquel il ajoutait du *safran* et de l'*huile rosat*. Les *topiques émollients* sont d'un usage très-fréquent dans le plus fort de l'attaque.

S. A. Turk (1) a beaucoup vanté les lotions suivantes ; mais leur efficacité est loin d'être aussi bien prouvée que le croit ce médecin. Nous les indiquons :

℞ Lessive de soude caustique à 8°............ 10 000 gram.

Saturez avec :

Alumine en gelée.................. ..... q. s.

Ajoutez :

Térébenthine de Chio......... 200 gram.	Huile d'olive................ 100 gram.
Gomme arabique .... 220 gram.	Alcool à 36°, saturé de camphre. 250 gram.

Mêlez. Faire, de deux à dix fois par jour, des lotions sur tout le corps. Dans les temps froids, chauffer le liquide au bain-marie.

En même temps qu'on emploie ces moyens, il faut entretenir une douce *chaleur* autour de l'articulation malade. Le membre doit être placé de manière que la partie affectée ne soit pas dans une *position* déclive. Dans les premiers jours, lorsque les signes de réaction sont le plus violents, on tient le malade à une *diète* sévère ; puis on permet des aliments légers, et on ne laisse les malades reprendre leurs habitudes que lorsque les symptômes locaux, aussi bien que les symptômes généraux, sont complétement dissipés.

Chloroforme. — Bartella (2) cite trois cas dans lesquels il est parvenu à diminuer non-seulement les douleurs, mais la durée de l'attaque, en appliquant sur les articulations malades une compresse imbibée de 20 à 30 gouttes de chloroforme ; il y a d'abord chaleur, picotement, sensation de brûlure, puis arrive le calme ; on enlève alors l'appareil, qui reste en moyenne trente à quarante minutes appliqué.

Il ne me reste, après avoir mentionné l'emploi de quelques *amers* vers la fin de l'attaque, qu'à citer deux médications particulières. L'une est celle que recommande Cadet de Vaux (3). Suivant cet auteur, c'est un moyen presque infaillible que de *boire de quart d'heure en quart d'heure des verres d'eau aussi chaude qu'on peut le supporter*, et cela jusqu'à *quarante-huit verres*. Chaque verre doit contenir 180 grammes d'eau chaude. Il est difficile de se prononcer sur la valeur de ce moyen, car il est bien peu de malades qui aient pu s'y soumettre.

La seconde médication est l'*hydrothérapie*. On n'hésite pas, dans les établissements hydrothérapiques, à soumettre à cette médication les sujets affectés de goutte aiguë, aussi bien que ceux qui sont en proie à la goutte chronique. Les moyen principaux consistent dans l'*enveloppement* de tout le corps, puis des extrémités malades ; dans les *bains de pieds*, les *manuluves froids*, en même temps qu'on provoque les sueurs (4). On a cité des exemples de guérison ; mais on n'a pas rapporté

(1) S. A. Turck, *Traité de la goutte et des maladies goutteuses*. Paris, 1837, in-8.
(2) *Gazzetta medica toscana*, décembre 1852, et *Union médicale*, 15 février 1853.
(3) Cadet de Vaux, *De la goutte, etc.* Paris, 1833.
(4) Scoutetten, *De l'eau sous le rapport hygiénique et médical*. Paris, 1843, in-8. — Ch. Munde, *De l'hydrothérapie*.

tous les cas dans lesquels ce moyen a été employé ; et comment pourrait-on connaître le degré d'efficacité réel d'une médication, si l'on ne connaît pas tous les faits dans lesquels l'auteur qui la préconise l'a mise en usage ?

3° *Traitement de la goutte chronique.* — La preuve qu'on n'a pas encore trouvé le véritable spécifique, c'est que l'on continue toujours à en chercher, que les anciens sont généralement abandonnés, et que le plus souvent les goutteux, après en avoir essayé plusieurs, finissent par y renoncer, se bornant à l'emploi de moyens palliatifs dont leur expérience leur a appris l'utilité.

Nous retrouvons d'abord ici les *applications excitantes ;* nous ne les rappellerons pas ; nous indiquerons seulement celle qu'a proposée G. Villette (1), et qui a été très-vantée :

℞ Résine de gaïac en poudre.	aa 60 gram.	Chaux vive..............	250 gram.
Safran du Gâtinais......		Eau...........	2000 gram.

Arrosez un cataplasme très-chaux de ce liquide.

Saupoudrez-le avec le safran du Gâtinais et la *farine de moutarde.*

Les *alcalins* sont recommandés par un grand nombre d'auteurs. En 1835, Petit (2) annonça que les *eaux de Vichy* guérissaient presque infailliblement la maladie qui nous occupe. Cette assertion fut contredite ; mais, en 1838, Petit insista de nouveau sur l'excellence de ce moyen, et plus tard Rilliet (de Genève) dans un mémoire intéressant (3), a cherché à résoudre cette question importante.

Traitement par les eaux de Vichy. — « Désireux, dit Rilliet (de Genève), de savoir à quoi nous en tenir sur l'efficacité des eaux de Vichy dans la goutte, nous avons profité de notre séjour dans cet établissement pour nous enquérir de l'effet du traitement auprès des malades eux-mêmes ; nous avons, pendant quelques jours, interrogé un assez grand nombre de goutteux que nous trouvions rassemblés chaque matin autour de la fontaine des Célestins. La plupart de ces malades n'étaient pas des nouveaux venus ; ils avaient déjà passé plusieurs saisons à Vichy, en sorte qu'ils ont pu nous fournir des renseignements détaillés et positifs sur l'influence que les eaux avaient eue sur leur santé. Ils étaient presque tous atteints de goutte ancienne intense, remontant à douze, quinze, dix-huit et même vingt ans. Chez plusieurs, la maladie était héréditaire. Les uns n'avaient pas fait de traitement avant l'emploi des eaux, tandis que d'autres avaient épuisé toutes les ressources de la pharmacie.

» Le traitement auquel ils étaient soumis à Vichy était uniforme, leur régime était en général sévère. Ils s'abstenaient d'excitants, de vin pur, de café, de viandes noires. Le matin, de bonne heure, ils prenaient, de quart d'heure en quart d'heure, un grand verre de table d'eau de Vichy, ordinairement de celle des Célestins, puis ils se promenaient pendant quelques instants. A dix heures, ou dans l'après-midi, ils prenaient pendant une heure, un bain d'eau minérale pure ou coupée avec un

(1) G. Villette, *Conseils aux goutteux et aux rhumatisants*. Paris, 1811.

(2) Petit, *Quelques considérations sur la nature de la goutte et sur son traitement par les eaux minérales de Vichy*. Paris, 1835. — *Du mode d'action des eaux minérales de Vichy*. Paris, 1850, p. 316.

(3) Rilliet (de Genève), *Du traitement de la goutte par les eaux de Vichy* (*Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1844, t. IV, p. 35).

tiers d'eau commune, à 25 ou 28 degrés. A deux heures, ils recommençaient à prendre de l'eau en boisson. La dose prescrite était de huit, douze et vingt verres. Quelques malades outre-passaient de beaucoup les doses : ainsi, nous en avons vu qui prenaient trente ou quarante verres. Un des malades, dont Petit a publié l'observation, prenait la dose quotidienne énorme de quatre-vingt-quatre verres. Nous n'avons pas observé que les doses, fortes ou faibles, aient produit des accidents graves. Nous nous sommes spécialement attaché à savoir si les malades ressentaient des douleurs de tête ; s'ils avaient habituellement des étourdissements, la vue troublée, des bourdonnements d'oreilles, de la congestion faciale ; s'ils étaient assoupis pendant le jour, ou agités pendant la nuit ; s'ils éprouvaient, en un mot, d'une *manière incommode*, les symptômes que déterminent quelquefois les boissons qui contiennent de l'acide carbonique. Aucun de ceux que nous avons interrogés n'a accusé d'accidents cérébraux, et ceux qui avaient déjà fait plusieurs saisons nous ont affirmé n'avoir rien ressenti de pareil, soit pendant leur séjour à Vichy, soit dans l'intervalle des saisons qu'ils y avaient passées. Nous en exceptons un malade qui avait de la céphalalgie et des étourdissements quand il prenait quarante verres d'eau : chez quelques goutteux qui faisaient usage d'une quantité d'eau considérable, il était survenu du dévoiement, surtout pendant les quinze premiers jours. Mais la liquidité des selles n'était pas, en général, le résultat d'une irritation ou d'une hypersécrétion de la membrane muqueuse intestinale ; elle résultait seulement du passage en nature de l'eau par le gros intestin. Chez la plupart, les urines augmentaient d'abondance. Cet effet se manifestait chez plusieurs de ceux qui ne prenaient pas une quantité d'eau considérable. Quelques malades éprouvaient des douleurs un peu plus vives pendant les premiers jours du traitement. Un grand nombre se félicitaient de ce que les eaux amélioraient l'état de leurs fonctions digestives. Leur appétit était plus vif, leur digestion se faisait plus régulièrement.

» En résumé, il nous a paru que chez les goutteux, les eaux de Vichy ne produisent pas des effets physiologiques qui diffèrent d'une manière sensible de ceux que l'on peut remarquer chez les malades atteints d'autres affections, et qu'elles *n'occasionnent pas d'accidents immédiats et consécutifs*. Cette conclusion est conforme aux faits observés par Petit et à l'opinion exprimée par les membres de la commission de l'Académie (1). Mais de ce que les eaux ne sont pas nuisibles, il ne s'ensuit pas nécessairement qu'elles soient utiles. Aussi devions-nous nous enquérir avec soin de leur efficacité curative.

» Lorsque nous avons dirigé nos interrogations dans ce sens, nous avons été frappé de l'uniformité des réponses des malades. Presque tous ont affirmé que, depuis qu'ils prenaient les eaux, les accès de goutte avaient beaucoup diminué de fréquence, de durée et d'intensité. Chez quelques-uns, ils avaient été suspendus complétement pendant un ou deux ans, rarement plus ; chez d'autres, les accès, qui étaient à peu près périodiques, avaient eu de la tendance à reparaître à l'époque ordinaire, mais ils avaient été à peine sensibles. Nous avons cru voir aussi, d'après l'ensemble des renseignements fournis par les malades, que c'était principalement après la première saison que la diminution la plus marquée dans le nombre des

(1) *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1840, t. V, p. 60 et suiv.

accès avait lieu, tandis que c'était sur leur intensité que les saisons subséquentes semblaient surtout agir.

» Les faits dont nous avons été témoin, et la lecture des observations de Petit, nous portent à conclure *que les eaux thermales de Vichy sont, sinon un remède spécifique, au moins un moyen précieux à mettre en usage dans le traitement de la goutte; qu'elles rendent les accès moins fréquents, moins longs, moins douloureux, et qu'elles tendent à diminuer et à faire disparaître les accidents locaux qui en sont la conséquence.* »

[Depuis quelques années, la médication thermale a pris une extension considérable, et des travaux importants ont servi à en établir les indications et les effets; nous signalerons spécialement ceux de Durand-Fardel (1), où nous puiserons la plupart des détails suivants, relatifs à l'opportunité du traitement par les eaux de Vichy, à leur mode d'emploi et aux effets qu'on en peut obtenir.

Les eaux de Vichy sont particulièrement indiquées dans les formes régulières de la goutte aiguë, et elles sont aussi applicables à la goutte chronique; leur emploi doit, au contraire, être très réservé dans les formes irrégulières ou anormales de la goutte, et il est même préférable d'y renoncer. Le traitement thermal possède en effet, outre son action spéciale curative, une propriété excitante qui tend à provoquer le retour des manifestations goutteuses; aussi voit-on quelquefois un accès de goutte survenir durant le cours du traitement thermal. Si cet accident est peu à redouter quand il s'agit d'une goutte régulière, l'accès étant le plus souvent peu intense et de courte durée, il n'en est plus de même dans la goutte anomale, où les tendances irrégulières de la maladie peuvent amener des manifestations viscérales parfois très-graves.

C'est dans l'intervalle des accès de la goutte aiguë que l'on doit employer la médication alcaline, et l'époque que l'on doit choisir de préférence est la plus éloignée des accès passés et des accès futurs, quand il est possible de prévoir l'époque de leur retour : « Tout traitement dirigé dans le sens curatif de la goutte, dit Durand-Fardel, doit donc être adressé aux époques où la goutte silencieuse elle-même ne peut être troublée dans ses phénomènes extérieurs, où l'on ne trouve à combattre que la disposition vicieuse de l'organisme sous l'influence de laquelle elle existe. » Les eaux ne doivent jamais être employées pendant les accès, ni quand ceux-ci viennent de se terminer ou qu'il est possible d'en prévoir la prochaine apparition.

Dans la goutte chronique régulière dont la marche est continue, les paroxysmes peu intenses et inconstants, le traitement peut être appliqué indifféremment à toute époque.

Nous avons vu que la médication par les eaux de Vichy n'était pas applicable aux formes irrégulières de la goutte, mais là ne se bornent pas les contre-indications : quand les goutteux présentent un état général de débilité provenant d'une cause quelconque, et qu'ils n'offrent que des manifestations morbides incomplètes, constituant ce qu'on a appelé la goutte atonique, les eaux de Vichy doivent être formellement proscrites; c'est aux médications reconstituantes qu'il convient de

(1) Durand-Fardel, *Dictionn. gén. des eaux minérales*, 1860, t. II, art. GOUTTE et VICHY. — *Traité thérapeutique des eaux minérales*, 1862, p. 515. — *Lettres sur le traitement de la goutte par les eaux de Vichy*. Paris, 186... (Extrait de la *Gazette des eaux*.)

s'adresser. On trouve encore des contre-indications dans l'existence, chez certains goutteux, de maladies viscérales qui exposeraient à ce que les manifestations goutteuses se dévient de ce côté.

Quant au mode d'administration, les eaux de Vichy s'emploient surtout en boisson : « La dose de l'eau minérale doit être soigneusement proportionnée aux conditions individuelles d'organisation, de tolérance, d'excitabilité ; il me suffit d'exprimer ici que la goutte est une des maladies où il convient le plus de retenir le zèle outré des malades, et que je n'ai jamais considéré comme utile de dépasser six ou huit verres d'eau minérale par jour, dose que je suis loin d'atteindre toujours. Il faut défendre les bains aux goutteux sujets aux étourdissements, aux palpitations, à ceux chez qui la goutte se réveille aisément, se déplace volontiers, surtout s'ils sont sujets à des accidents quelconques suspectés de caractère goutteux irrégulier. Il est d'observation que les bains tendent à favoriser et accroître toutes ces dispositions fâcheuses. C'est par la même raison qu'il faut également proscrire les bains lorsque le traitement se trouve appliqué à une époque un peu rapprochée des attaques ; il y a même des goutteux chez qui les bains ramènent à coup sûr les manifestations goutteuses. Hors des cas que je viens d'énumérer, les bains journaliers apporteront un complément utile à l'usage interne de l'eau minérale ; on évitera seulement qu'ils soient d'une température trop élevée ou d'une trop longue durée.

» Les douches sont généralement contre-indiquées. On paraît avoir fait partout cette observation, qu'elles ramènent très-aisément la goutte aiguë. » (Durand-Fardel.)

La durée du traitement ne doit pas être longue : on la fixe généralement à vingt ou trente jours ; d'après Trousseau, les eaux alcalines ne doivent même pas être prises plus de dix à douze jours de suite, et il est bon de n'y revenir que tous les mois.

Quel est l'effet des eaux de Vichy appliquées au traitement de la goutte ? On a vu que Petit les considérait comme un moyen curatif certain, et il leur attribuait même la vertu de faire disparaître les effets de la maladie, tels que les altérations articulaires et les concrétions urinaires. L'expérience ultérieure a montré ce qu'il y avait d'exagéré dans ces assertions, et Durand-Fardel ne donne au traitement de Vichy que la propriété d'atténuer les manifestations goutteuses : « Dans la grande majorité des cas, dit-il, lorsque les eaux ont été administrées en temps opportun et d'une façon méthodique, on voit les attaques de goutte s'amoindrir et s'éloigner, quelquefois perdre seulement de leur fréquence, d'autres fois de leur intensité. L'usage réitéré des eaux de Vichy a pu amener, pendant de longues périodes, un silence complet de la goutte, sauf quelquefois des apparitions avortées. » Ces conclusions se rapprochent beaucoup, comme on voit, de celles qui ont été présentées par Rilliet.

On a voulu expliquer les propriétés des eaux de Vichy par des actions chimiques. Considérant la goutte comme produite par la diathèse acide ou urique, quelques médecins ont pensé que les eaux alcalines agissaient en neutralisant les acides qui se formaient en excès dans l'économie. Mais, si l'on ne voit dans la diathèse urique que l'un des effets, et non la cause de la goutte, on attribuera plutôt l'efficacité de la médication thermale alcaline à son action sur la nutrition, et en particulier sur

les appareils de la digestion, de la sécrétion urinaire et de la perspiration cutanée dont les troubles paraissent être les phénomènes primitifs de la goutte; les eaux de Vichy agiront dès lors en régularisant les grandes fonctions qui constituent l'acte capital de la nutrition. (Durand-Fardel, Trousseau.)

Si la médication alcaline peut rendre de grands services, quand elle est bien appliquée et nettement indiquée, il faut savoir qu'elle n'est pas exempte de dangers. Trousseau a particulièrement insisté sur les fâcheux résultats que produisaient les eaux alcalines, quand on les employait en temps inopportun ou sans mesure; il a montré qu'on s'exposait alors à changer une goutte franche en goutte chronique, vague, viscérale; ou bien à développer des symptômes d'épuisement qu'il a groupés sous le nom de cachexie alcaline.

Ces accidents sont beaucoup plus rares maintenant, parce qu'on n'emploie plus les eaux de Vichy aux doses excessives que l'on conseillait y il a quelques années encore; mais ils montrent au moins la réserve que l'on doit apporter dans l'emploi de la médication alcaline, et les dangers que l'on doit chercher à éviter.

Nous n'avons parlé jusqu'ici, à propos de la médication thermale alcaline, que des eaux de Vichy, parce qu'elles représentent le type de cette médication, et qu'elles ont été surtout préconisées contre la goutte. Il est probable que les *autres eaux minérales* bicarbonatées peuvent avoir une action analogue contre la goutte; on a signalé particulièremen les eaux de *Vals*, *de Néris*, d'*Ems*, du *Mont-Dore*, de *Contrexéville;* mais on a sur ces eaux beaucoup moins de renseignements que sur celles de Vichy.

Dans la goutte chronique, et spécialement dans les formes atoniques, où la médication alcaline est contre-indiquée, on a quelquefois obtenu de bons effets des eaux chlorurées sodiques, et en particulier des eaux de *Wiesbaden.*

Les *eaux sulfureuses* peuvent aussi rencontrer leurs indications dans le traitement de la goutte, dans la goutte asthénique par exemple, ou lorsque l'organisme est profondément débilité; c'est dans ces mêmes conditions qu'on peut aussi employer les eaux ferrugineuses.]

Buckler (1), se fondant sur ce que l'acide urique prédomine dans le rhumatisme et dans la goutte, et sur ce que des concrétions d'urate de soude et de chaux se forment dans les tissus blancs, a traité ces deux maladies par le *phosphate d'ammoniaque*, qui, avec les urates, produit de l'urate d'ammoniaque et du phosphate de soude facilement soluble. Il assure que par ce moyen les malades sont soulagés et guéris en peu de jours, et qu'un phénomène qui se produit très-promptement est la limpidité de l'urine succédant aux urines briquetées. Le phosphate d'ammoniaque est donné à la dose de 50 à 60 centigrammes trois fois par jour. Edwards (2) a employé le même moyen, et il est arrivé au même résultat.

Nous pourrions ajouter ici les *sudorifiques*, les *bains de vapeur*, le *gaïac*, le *sassafras*, la *salsepareille*, etc.; mais ils ne nous présenteraient aucune considération nouvelle.

Les *amers* sont d'un usage très-fréquent. La *poudre du duc de Portland*, dans

(1) Buckler, *Jahresbericht der gesammten Medizin*, et *Union médicale*, décembre 1847.
(2) Edwards, *Provincial Journ. of med.*, 1847.

laquelle ces substances tiennent la première place, a joui d'une très-grande réputation. Voici sa composition :

℞ Petite centaurée.... Germandrée....... Gentiane.........	aa parties égales.	Aristoloche ronde...... Ivette...............	aa parties égales.

Mêlez. Dose : *deux grammes* tous les matins.

Pour que cette poudre agisse, suivant ceux qui ont vanté son efficacité, il faut en continuer l'usage pendant très-longtemps; seulement, lorsque l'amélioration devient très-évidente, on peut diminuer la dose.

On a mis en usage le *quinquina*, le *simarouba*, le *colombo*, etc. C'est surtout lorsque la constitution est débilitée, lorsqu'il existe cet état auquel on a donné le nom de *cachexie goutteuse*, qu'on a recours à ces médicaments, qui ont l'avantage de rétablir les digestions. Held a surtout préconisé le *quinquina à dose élevée*, et l'a donné comme le meilleur spécifique (1); mais l'expérience des autres auteurs n'a pas confirmé ces effets merveilleux, bien que quelques-uns aient parlé avec avantage des effets de ce médicament.

On a encore eu recours aux *narcotiques :* à la *belladone*, à la *ciguë*, à l'*aconit*, à l'*opium*. Ces médicaments sont utiles pour calmer les douleurs; mais rien ne prouve qu'ils soient des spécifiques. La plus célèbre des préparations narcotiques est celle à laquelle on a donné le nom de *gouttes noires*, et dont Scudamore nous a laissé la formule suivante :

℞ Opium coupé par tranches..	250 gram.	Muscade..................	50 gram.
Bon verjus..............	3000 gram.	Safran....................	15 gram.

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié. Ajoutez :

Sucre................	125 gram.	Levûre de bière............	30 gram.

Mêlez le tout, pendant deux mois, près du feu, puis à l'air, jusqu'à consistance sirupeuse. Décantez, filtrez; mettez dans des bouteilles, après avoir sucré. Dose : deux, trois, quatre gouttes et plus par jour, progressivement et avec précaution, parce que cette préparation est plus active que la teinture d'opium ordinaire.

Nous pouvons encore citer les *purgatifs*, les *vomitifs ;* mais ces médicaments ne sont utiles que dans des circonstances particulières et pour combattre quelques accidents.

Les *excitants généraux :* l'*antimoine*, les *mercuriaux*, sont également employés, mais sans que nous ayons rien à en dire de particulier.

Moyens divers. — Nous signalerons des médicaments particuliers, comme l'*iodure de potassium* (Gendrin, Clendinning, etc.); la *décoction de Zittmann*, l'*acétate de potasse*, l'*éther phosphorique* (Hufeland), les *frictions avec le phosphore* proposées par Gœden, et dont voici la formule (2) :

℞ Phosphore.......... .... 2gr,50

Faites dissoudre dans :

Huile de sabine..........	15 gram.	Huile de térébenthine......	15 gram.

(1) Voy: *Éphém. des curieux de la nature,* cent. 3 et 4.
(2) Horn's *Archiv,* t. XI.

Ajoutez :

Ammoniaque liquide........................... 60 gram.

Faire des frictions sur les parties affectées, chaque jour, à la sortie du bain, où le malade doit rester trois heures.

Nous pouvons encore mentionner l'*arsenic* (Fr. Hoffmann, J. Ch. Fr. Harless) (1), le *rhododendron chrysantum*, le *soufre* (2), le *camphre*, l'*électricité*, l'*acupuncture*, l'*action de l'aimant*, le *massage*, etc., etc.; mais il vaut mieux, après avoir dit un mot de l'action de l'eau froide, présenter quelques remèdes *antigoutteux* qui ont eu de la célébrité, sans nous porter garant de leur efficacité.

L'*hydrothérapie* a été fréquemment employée, dans ces dernières années, contre la goutte chronique. On a cité un certain nombre de cas où les bons effets de cette médication ne sauraient être douteux. C'est surtout dans la goutte invétérée qu'elle s'est montrée utile.

Nous mentionnerons, sans le citer, un remède proposé par Sydenham (3), qui contient une énorme quantité de substances; il suffit de dire que les amers et les excitants y tiennent la plus grande place.

Nous ne parlerons pas des préparations de *colchique*, décorées du nom d'antigoutteuses, parce que nous avons dit tout ce qu'il y avait à en dire à l'occasion du *rhumatisme articulaire aigu et chronique;* mais nous citerons le *sirop antigoutteux* suivant, dans lequel cette substance est unie à d'autres médicaments actifs (Bouchardat) :

Sirop antigoutteux.

℞ Extrait de gaïac	10 gram.
Teinture alcoolique de semence de colchique.....	aa 5 gram.
— — de digitale..............	

Délayez l'extrait dans les teintures. Ajoutez :

Sirop de sucre .... 1000 gram.

D'abord, trois cuillerées à bouche dans la journée, délayées dans un verre d'eau. On augmente successivement la dose jusqu'à dix et douze par jour.

Gall donnait les pilules suivantes, connues sous le nom de *pilules antiarthritiques.* Elles contiennent des médicaments que nous avons déjà signalés :

℞ Extrait aqueux de gaïac.....	8 gram.	Extrait gommeux d'opium...	25 centigram.
Antimoine cru.............	2 gram.		

Mêlez. Faites vingt pilules. Dose : trois le matin, trois à midi, trois le soir.

Les *pilules antiarthritiques de Vicq d'Azyr* sont composées comme il suit :

℞ Savon médicinal râpé........	8 gram.	Extrait de fiel de bœuf.	4 gram.

Mêlez et incorporez :

Résine de gaïac........	aa 2 gram.	Poudre de gaïac............	2 gram.
Calomel..............			

Faites des pilules de 20 centigrammes. Dose : *une* ou *deux* matin et soir.

(1) J. Ch. Fr. Harless, *De arsen. usu in medicina.* Norimbergæ, 1811.
(2) Barthez, *Traité des maladies goutteuses.* Montpellier, 1819.
(3) Sydenham, *Traité de la goutte*, § 838, dans l'*Encyclop. des sciences méd.* Paris, 1835

On emploie en Italie un *spécifique antigoutteux* qui a une très-grande réputation. Agostinacchio (1) expose comme il suit sa composition et son mode d'administration :

« On prend 180 grammes de *teucrium polium*, autant d'*ajuga iva*, autant d'*artemisia vulgaris*, et on les fait infuser pendant vingt-quatre heures dans 10 *kilogrammes et demi d'eau*. On fait ensuite bouillir le tout à feu lent dans un pot de terre verni, jusqu'à réduction du tiers ou de la moitié. On passe avec expression, et l'*on ajoute à la décoction* 3 *kilogrammes de térébenthine de Venise*. On fait ensuite de nouveau bouillir jusqu'à réduction d'un tiers ou de la moitié. On enlève le vase du feu ; on laisse refroidir, et l'on retire toute l'eau. Ce qui reste alors est conservé pour l'usage dans un pot de terre verni en dehors et en dedans.

» Le goutteux doit prendre tous les matins, avant de manger, un bol de cette masse du poids de 4 grammes, boire par-dessus un verre d'eau fraîche, et continuer ainsi toute sa vie. Il sera bon, pour renforcer l'effet de cette médication, qu'à l'époque des équinoxes et des solstices, il se mette pendant une vingtaine de jours à l'usage quotidien de 2 grammes de salsepareille en poudre, sans discontinuer pour cela celui des bols. Il est à peine besoin de dire que le malade observera la plus stricte tempérance ; il s'abstiendra de faire excès d'huile, de vin, de spiritueux, d'aromates et de condiments, de chocolat, de café, de viandes et de poissons salés. Il suivra un régime aussi peu azoté que possible.

» S'il y a de la constipation, on purge, et de préférence avec les purgatifs salins. »

Ce médicament est en vogue à Naples, comme remède populaire. Agostinacchio n'affirme pas toutefois qu'il guérisse toujours ni radicalement ; mais il jouit, dit-il, dans la plupart des cas, d'une efficacité incontestable, en éloignant le retour des accès et en les soulageant. Dans quelques cas aussi, que l'auteur cite, il a procuré une guérison complète.

Feuilles de frêne. — Les docteurs Pouget et Peyraud (2) considèrent les feuilles de frêne comme un spécifique puissant dans la goutte, le rhumatisme articulaire et musculaire. Voici le mode d'administration :

« On fait infuser chaque prise de poudre de feuilles de frêne, pendant trois heures, dans deux tasses d'eau bouillante ; avant de prendre l'infusion, qu'on peut édulcorer à volonté, il faut avoir soin de la passer à travers un linge.

» Dans le cas de goutte aiguë et au commencement surtout de l'attaque, avec ou sans fièvre, on doit faire infuser deux prises dans trois tasses d'eau, que l'on prendra l'une le soir au moment de se coucher, l'autre le matin, et la troisième au milieu de la journée, entre les deux repas.

» Il est nécessaire de continuer cette médication pendant une huitaine de jours, après la disparition des symptômes précités, à la dose seulement d'une seule prise de poudre pour deux tasses d'infusion.

» Dans la goutte chronique, on peut se contenter de deux tasses d'infusion par jour, une le soir et l'autre le matin ; mais le traitement doit être continué pendant plus longtemps.

(1) Agostinacchio, *Il Filiatre sebezio*, mai 1846. — *Notice sur un spécifique antigoutteux*.
(2) Pouget et Peyraud, *Union médicale*, 27 novembre 1852.

» Cette médication, employée tous les mois pendant huit à dix jours, éloigne, ajoutent ces médecins, les attaques plus ou moins indéfiniment. »

Dans le rhumatisme aigu, cette infusion aide beaucoup l'action des moyens thérapeutiques ordinairement mis en usage.

La *prise* est constituée par *un gramme de poudre* (1).

Nous ne croyons pas que l'expérience ait encore définitivement prononcé sur la valeur de ce moyen.

Sabine. — Nous ajoutons deux formules ayant la sabine pour base, et que des médecins allemands disent employer avec succès, sans toutefois citer aucune observation (2).

Gœden recommande le liniment suivant dans la goutte invétérée.

♃ Phosphore	2gr,80	Huile essentielle de térébenthine	15 gram.
Huile essentielle de sabine	15 gram.	Ammoniaque	60 gram.

Le malade se frictionne de ce liniment au sortir du bain.

Kopp vante l'usage externe du mélange suivant :

Baume de copahu / du Pérou	aa 75 gram.	Huile de sabine	4 gram.

On imbibe de ce mélange un plumasseau de charpie et on l'applique sur le point malade.

On sent combien il serait nécessaire de pouvoir étudier les faits, pour juger de la valeur réelle de ces moyens, qui sont d'ailleurs compliqués.

Les *cataplasmes de feuilles de choux* ont été recommandés contre la goutte, aussi bien que contre les douleurs rhumatismales. Labonnardière (3) cite deux cas dans lesquels l'application de feuilles de choux, amorties sur la flamme, a dissipé complétement la maladie. On trouve des exemples semblables dans le *Journal des connaissances médico-chirurgicales* (4).

Il y a eu un grand nombre de remèdes secrets contre la goutte; nous ne pouvons en mentionner aucun.

Nous n'avons pas indiqué certaines *particularités du traitement local*, parce qu'il est on ne peut plus facile d'en comprendre la nécessité et d'en faire l'application. Si, par exemple, il survient une *ulcération* par suite de l'accumulation de la matière tophacée, on doit faciliter la sortie de cette matière. Si l'inflammation est très-vive, en pareille circonstance, on emploie les émollients; si, au contraire, l'ulcère est blafard, atonique, on l'excite par des pommades un peu irritantes.

Résumé. — Ce qui résulte de plus positif des détails dans lesquels nous sommes entré, c'est qu'il n'y a pas de remède spécifique contre la goutte; que l'usage des eaux thermales, et principalement des eaux de Vichy et de celles qui ont avec elles une plus ou moins grande ressemblance de composition, doit être vivement conseillé; que les émissions sanguines n'ont pas, à beaucoup près, le danger qu'on leur a supposé, qu'il en est de même de l'application du froid; qu'enfin les remèdes

(1) *Union médicale*, 2 décembre 1852.
(2) Voy. *Gazette des hôpitaux*, et *Journ. des connaissances méd.-chir.*, 15 mai 1852.
(3) Labonnardière, *Jour. de méd. et de chir. prat.*, juillet 1848.
(4) Avril 1848.

doivent être employés avec une très-grande persévérance, si l'on veut en tirer tout le bénéfice qu'on doit en attendre.

Nous n'avons pas, dans l'exposé précédent, indiqué les moyens destinés à dissoudre les concrétions par leur action chimique; on comprend pourquoi.

4° *Traitement de la goutte rétrocédée et des complications.* — Ce que nous avons dit plus haut, à propos de la rétrocession de la goutte, nous dispense d'entrer dans de grands détails sur son traitement. Si, en effet, nous ne voyons guère, dans les affections internes qui surviennent chez les goutteux, que des maladies secondaires conservant leurs caractères particuliers, il suffit évidemment de renvoyer au traitement de ces maladies, dont on mesure l'intensité sur la violence des symptômes. Pringle et Cullen ont vanté l'emploi du *musc* dans les cas où il existe des phénomènes nerveux considérables.

Mais il est un autre point de vue sous lequel on peut considérer cette partie du traitement. Si la douleur articulaire a diminué, si les autres symptômes locaux se sont en partie dissipés, pendant que les accidents du côté des organes internes se sont développés, on cherche à *rappeler la goutte* dans les articulations affectées. A plus forte raison doit-on chercher à le faire, si les symptômes locaux ont complétement disparu. Enfin, lorsque la chaleur est mobile, qu'elle se porte tantôt sur une articulation, tantôt sur une autre, et qu'elle alterne avec des symptômes thoraciques, abdominaux, cérébraux, on emploie des moyens propres à la maintenir dans un ou plusieurs articles : c'est ce qu'on appelle *fixer la goutte.*

Pour remplir les indications que nous venons de mentionner, on a recours à des applications irritantes. On couvre les articulations où la douleur s'est principalement manifestée de *sinapismes*, de *cataplasmes excitants*, comme celui de Pradier ou celui de Riolan; on frictionne les parties avec un *liniment ammoniacal ;* on y fait des *lotions stibiées*, ou *au sublimé;* enfin, on a recours au *vésicatoire*, au *cautère*, et même au *moxa*. Les vésicatoires sont principalement employés dans le but de *fixer la goutte.*

Quant à la *goutte interne*, elle ne nous présente aucune considération particulière. Certains auteurs ont appelé goutte interne toutes les affections qui surviennent chez les goutteux : c'est un abus; d'autres entendent par goutte interne la goutte rétrocédée, nous venons d'en parler, et, pour la goutte interne proprement dite, on peut affirmer que son existence est loin d'être mise hors de doute.

5° *Traitement prophylactique.* — Le traitement prophylactique peut se résumer ainsi qu'il suit : Être sobre; s'abstenir presque complétement de boissons alcooliques. Éviter l'oisiveté; ne pas trop se livrer aux travaux de cabinet, mais prendre un exercice actif tous les jours, et, s'il est possible, se livrer à quelques travaux corporels. L'exercice doit être pris en plein air (1). On trouve, dans tous les auteurs, des exemples de goutte qui s'est dissipée ou qui est revenue avec la mauvaise et la bonne fortune; par conséquent, les goutteux doivent s'interdire, autant que possible, tout ce qui touche au luxe; se tenir constamment à l'abri du froid humide, avoir surtout les pieds constamment chauds; ne pas se livrer trop fréquemment à l'acte vénérien; aller tous les ans, s'il se peut, aux eaux thermales : voilà les moyens qui complètent le traitement prophylactique. De toutes les drogues

(1) Voy. Reveillé-Parise, *Guide des goutteux et des rhumatisants*. Paris, 1847, p. 103 et suiv.

qu'on a données comme spécifiques pour prévenir les attaques de goutte, il n'en est aucune qui mérite la confiance du praticien.

RÉSUMÉ SOMMAIRE DU TRAITEMENT.

1° *Traitement de la goutte aiguë.* — Émissions sanguines; sudorifiques; purgatifs; colchique; narcotiques; froid; phosphate d'ammoniaque; applications excitantes.

2° *Traitement de l'attaque.* — Émissions sanguines; froid; eau chaude en abondance; hydrothérapie; applications excitantes; narcotiques; chloroforme; position; diète.

3° *Traitement de la goutte chronique.* — Applications excitantes; alcalins; eau de Vichy; eaux thermales diverses; sudorifiques; amers; toniques; narcotiques; antimoine; mercuriaux; moyens divers; antigoutteux; particularités du traitement local.

4° *Traitement de la goutte rétrocédée et des complications.*

5° *Traitement prophylactique.*

[Si nous faisions ici un traité complet de la goutte et des maladies goutteuses, nous devrions décrire la *gravelle* et l'*hématurie* goutteuses. Mais nous devons abandonner ce dessein, afin de pas scinder l'histoire de ces dernières affections, qui appartiennent, par leur localisation anatomique, au groupe des maladies des voies urinaires et seront étudiées dans le tome IV de cet ouvrage.]

ARTICLE V.

SCROFULE.

[Les travaux sur la scrofule sont extrêmement nombreux, et l'on peut les diviser en deux groupes : les uns sont analytiques, les autres synthétiques. Dans les premiers, tous les éléments, tous les divers modes d'expression de la scrofule sont isolés, étudiés à part, et la maladie se trouve ainsi démembrée. Dans les autres, au contraire, on étudie l'unité morbide, et l'on fait, par conséquent, un travail extrêmement profitable au point de vue de la pathogénie et de la thérapeutique. Parmi les ouvrages qui appartiennent à ce deuxième groupe, nous citerons surtout ceux de Kortum (1), Hufeland (2), Lepelletier, de la Sarthe (3), Sat-Deygallières, Joseph de Véring (4), Baudelocque (5), mais les plus importants sans contredit

(1) Kortum, *Commentarius de vitio scrophuloso*. Lemgo, 1789-1790, 2 tomi.

(2) Hufeland, *Uber die Natur, Erkenntnissmittel und Heilart der Scrofelkrankheit*. Berlin, 1785. — Traduit de l'allemand sur la 3e édition, accompagné de notes par J. B. Bousquet. Paris, 1821.

(3) Alm. Lepelletier, *Traité complet sur la maladie scrofuleuse et les différentes variétés qu'elle peut offrir*. Paris, 1818.

(4) Jos. de Vering, *Heilart de Scrofelkrankheit*. Wien, 1829. — *Manière de guérir la maladie scrofuleuse*. Vienne. 1832.

(5) A. C. Baudelocque, *Études sur les causes, la nature et le traitement de la maladie scrofuleuse*. Paris, 1834.

sont ceux d'Alph. Milcent (1), de Lebert (2), et surtout ceux de Bazin, médecin de l'hôpital Saint-Louis (3). Nous signalerons aussi les leçons récentes de Hardy (4), qui a admis, sauf quelques restrictions, la plupart des opinions de ce dernier auteur.

Nous ferons aux travaux de Bazin les plus larges emprunts, et cet article ne sera qu'un long extrait des ouvrages de ce maître, qui seul fait maintenant autorité sur cette matière.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Le mot *scrofule* est si expressif, et sa valeur est si bien connue de tout le monde, que la plupart des auteurs ont jugé inutile de donner une définition de la maladie à laquelle il s'applique, ou qu'ils ont donné des définitions vagues et incomplètes à travers lesquelles perce seulement une esquisse plus ou moins réelle de la maladie.

Lorsqu'on définissait la scrofule, un engorgement chronique des ganglions sous-maxillaires, suivi d'abcès froids et d'accidents généraux à marche lente, on partait bien d'un fait d'observation, la fréquence et l'apparition souvent primitive des engorgements en question, mais on donnait certainement une fort mauvaise idée de la maladie. Et, d'un autre côté, on s'appuyait sur une hypothèse, en disant avec Jolly, que la scrofule est « un état morbide général ou constitutionnel dans lequel les glandes et les vaisseaux lymphatiques, ainsi que les liquides qui les pénètrent, sont spécialement affectés. »

Nous dirons d'abord avec Bazin, que la scrofule appartient à ce groupe d'*affections constitutionnelles* qui se caractérise par des lésions très-multipliées, et par des produits morbides très-variés ; et que, sous ce rapport, elle se rapproche de la syphilis et des maladies arthritiques (goutte, rhumatisme) ; tandis qu'elle diffère des *diathèses* proprement dites, parce que celles-ci ne se caractérisent que par la production et l'évolution d'un seul produit toujours identique avec lui-même. Voici maintenant la définition de cet auteur et son opinion sur la fréquence de la maladie.

« La scrofule est une maladie constitutionnelle, non contagieuse, le plus souvent héréditaire, d'une durée ordinairement fort longue, se traduisant par un ensemble d'affections variables de siége et de modalité pathogénique, qui ont cependant pour caractère commun la fixité, la tendance hypertrophique et ulcéreuse, et pour siége ordinaire les systèmes tégumentaire, lymphatique et osseux.

» La scrofule a été connue et dénommée dès la plus haute antiquité ; elle est indiquée ou décrite dans tous les traités généraux de médecine ; elle a fait le sujet d'un nombre très-considérable de monographies, de notes, de mémoires, etc. Il n'est pas dans le cadre nosologique de maladie plus commune. Nous la trouvons partout, mais surtout en France, en Angleterre, en Hollande ; les ravages qu'elle fait dans l'espèce humaine sont véritablement effrayants, et je ne crains pas de dire

(1) Milcent, *De la scrofule*. Paris, 1846.
(2) Lebert, *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses*, in-8. Paris, 1849.
(3) Bazin, *Cours de sémiotique cutanée*, extrait de la *Gazette des hôpitaux*, in-8. Paris, 1856. — *Leçons théoriques et cliniques sur la scrofule*, in-8, 2e édit. 1861.
(4) Hardy, *Leçons sur la scrofule et les scrofulides et sur la syphilis et les syphilides*, in-8°. Paris, 1864.

qu'elle enlève plus de victimes que les grandes épidémies de peste ou de choléra. On la rencontre à tous les âges, sur les deux sexes, dans toutes les classes de la société; il n'est peut-être pas une famille qui n'en offre au moins un exemple (1)! »]

La scrofule a été désignée aussi sous les noms de *strumes* et *affections strumeuses*, d'*écrouelles*, d'*humeurs froides*, etc.

§ II. — Causes.

Parmi les *causes prédisposantes*, la plus évidente, sans contredit, est l'*âge*. On sait que c'est dans l'enfance, et principalement de deux à dix ans, que se développe principalement la maladie scrofuleuse. Le *sexe*, d'après Lepelletier, du Mans (2), a une action également très-évidente, puisque, parmi les scrofuleux, les femmes sont dans la proportion de 5 à 3. Le *tempérament lymphatique* est aussi regardé par le plus grand nombre des auteurs comme une des causes prédisposantes les plus efficaces; toutefois Guersant (3) n'admet pas l'existence de cette cause; et, comme lui, Baudelocque (4) fait remarquer que, parmi les malades, il en est un bon nombre qui n'ont aucun des attributs du tempérament lymphatique.

Les conditions hygiéniques ont été particulièrement étudiées. Baudelocque (p. 60 et suiv.) est entré à ce sujet dans des détails importants. On a regardé une *nourriture insuffisante*, composée principalement de végétaux, de légumes secs, de fruits non mûrs, en un mot, une nourriture peu succulente, comme une des principales causes de l'affection. Baudelocque a cité un très-grand nombre d'exemples pour prouver que rien n'était moins fondé que cette assertion, et un des arguments les plus forts qu'il ait adressés à cette manière de voir, c'est que les aliments les plus divers ont été tour à tour regardés comme produisant les scrofules. Passant ensuite en revue les différentes *boissons* auxquelles on a attribué la production des scrofules, Baudelocque étudie l'action de l'eau provenant de la fonte des neiges, privée d'air, de mauvaise qualité; les vins acidifiés, le cidre; les boissons trop abondantes, et il arrive encore à la même conclusion, c'est-à-dire que rien n'est moins prouvé que leur influence. Les arguments qu'il apporte en faveur de sa manière de voir sont en effet très-forts, et inspirent les plus grands doutes sur l'exactitude des auteurs qui ont admis l'existence de ces causes. Même résultat de l'examen des faits par lesquels on a cherché à prouver que certains médicaments et certains poisons, comme les purgatifs, le mercure, le plomb, donnaient lieu au développement de la scrofule; il en est de même de la malpropreté, que Kortum (5) regarde comme une des causes les plus efficaces de la maladie dont il s'agit. C'est également par de simples assertions que les auteurs comme Kortum, Marc-Aurèle Séverin, Warthon et quelques autres, ont prétendu que les scrofules étaient dues à la rétention de certaines sécrétions et excrétions; il faut en dire autant à propos de l'électricité, dont la diminution a paru à de Humbold une cause de la scrofule.

Parmi les *influences atmosphériques*, le défaut de lumière, une température

(1) Bazin, *Cours de sémiotique cutanée*, p. 39; et *Leçons sur la scrofule*, p. 89 et 91.
(2) Lepelletier, *Traité complet sur la maladie scrofuleuse*. Paris, 1830.
(3) Guersant, *Dictionnaire de méd.*, 1re édit., t. XIX.
(4) Baudelocque, *Traité de la maladie scrofuleuse*. Paris, 1834.
(5) Kortum, *Comment. de vitio scrophuloso*. Lemgo, 1790.

ordinairement basse, paraissent avoir une influence réelle sur la production de la maladie; mais c'est une simple présomption qui n'est point fondée sur des faits assez positifs. Quant à l'humidité, Baudelocque élève contre cette cause des objections qui ne permettent pas de regarder son influence comme suffisamment démontrée. Pour cet auteur, l'*altération de l'air* est la cause principale de la scrofule; c'est dans les ateliers encombrés, c'est dans les rues étroites, dans les chambres où l'air ne peut pas être facilement renouvelé, ou qui sont trop étroites pour que celui qu'elles contiennent suffise à la respiration pendant la nuit, etc., que, d'après cet auteur, la scrofule est principalement produite. Il rapporte un assez grand nombre de faits qui viennent à l'appui de cette opinion. Ainsi, c'est principalement dans les endroits où les maisons sont entassées, où les rues sont étroites et tortueuses, où les chambres, peu étendues, sont occupées par un trop grand nombre de personnes, qu'on trouve la plupart des scrofuleux. Ces faits sont de nature à faire regarder la proposition de Baudelocque comme fondée. Toutefois, il faut reconnaître avec lui qu'un certain nombre des autres causes mentionnées peuvent favoriser l'action de ces dernières.

Restent maintenant deux autres causes, qui sont l'*hérédité* et la *contagion.* L'existence de la première n'est mise en doute par personne. On a cité l'exemple d'enfants scrofuleux au moment même de leur naissance, et l'existence héréditaire de la scrofule dans certaines familles, est un fait qui a été fréquemment observé. Toutefois, nous ne savons pas quel est le degré d'influence de cette cause, dont l'action a été très-exagérée par Lugol (1). Quant à la contagion, c'est une opinion qui a été mise en avant, mais dont le peu de fondement est démontré chaque jour par le contact continuel d'enfants sains avec des enfants scrofuleux, et que l'existence de l'hérédité a peut-être seule fait admettre.

On a souvent débattu la question de savoir si la cause primitive de la scrofule se trouve dans une *altération du sang.* Lebert (2), après avoir examiné les divers travaux sur ce point, et principalement ceux de Nicholson, est arrivé aux deux conclusions suivantes : « 1° L'existence des scrofules dans la masse du sang n'est point prouvée jusqu'à présent par l'observation directe; 2° l'hypothèse que la dernière cause des scrofules réside dans une altération particulière du sang a pour elle des raisons de probabilité. »

Le même auteur a encore démontré la *non-existence d'une matière scrofuleuse particulière.*

[Indépendamment des causes générales capables de produire la maladie scrofuleuse, il est un certain nombre de *causes occasionnelles* qui peuvent éveiller ses différentes manifestations locales. Ainsi un traumatisme peut, chez un scrofuleux, amener une tumeur blanche, une carie, etc. Certaines maladies, telles que les fièvres éruptives, la coqueluche, les phlegmasies, peuvent avoir une influence considérable sur le développement des accidents de la scrofule.]

§ III. — Symptômes.

[« La marche de la maladie scrofuleuse nous présente quatre périodes bien distinctes à étudier. Souvent elle est précédée d'un état particulier du corps qui con-

(1) Lugol, *Rech. et observ. sur les causes des maladies scrofuleuses.* Paris, 1844.
(2) H. Lebert, *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses.* Paris, 1849, p. 40.

stitue la prédisposition scrofuleuse, et elle est fréquemment aussi suivie de diverses infirmités, telles que la claudication, l'ankylose ; de diverses mutilations, la perte du nez, des paupières, qui accusent par des stigmates indélébiles la nature du mal qui les a occasionnés.

» *Prédisposition à la scrofule.* — Voyons quel est cet état précurseur. La maladie n'est pas encore déclarée ; il y a seulement une prédisposition qui agit sur les organes, modifie leur évolution pendant le premier âge, trouble plus ou moins les différentes fonctions : c'est la scrofule en germe. On donne généralement comme l'un des caractères de la prédisposition à la scrofule le gonflement de la lèvre supérieure. Mais il ne faut pas vous y méprendre, c'est là un symptôme de la scrofule confirmée, et quand cette tuméfaction existe avec des fissures à la peau et un flux nasal, la maladie est déjà parvenue à un degré assez avancé. Doit-on encore, avec les auteurs, regarder le tempérament lymphatique exagéré comme une prédisposition manifeste à la scrofule ? Le développement trop marqué du système lymphatique appelle la scrofule sur ce système, mais il ne la fait pas naître ; il n'y a pas là relation nécessaire de cause à effet.

» Les traits de la constitution scrofuleuse consistent dans une modification toute particulière du facies, de l'habitude extérieure du corps, et spécialement des fonctions de l'économie.

» Le *facies* doit être étudié avec soin. Nous trouvons d'abord à noter la conformation du crâne, dont la partie postérieure est singulièrement développée ; en même temps le front est bas, le cou court, et les mâchoires larges et fortement accusées. Mais ce qui doit surtout fixer votre attention, ce sont les contrastes que vous offrent les scrofuleux dans les traits divers de leur physionomie. Ici la coloration du visage est vive, animée ; là, au contraire, la face est pâle, ou plutôt d'un blanc terne et mat. Tantôt l'œil est vif, tantôt morne, languissant, presque éteint. Chez les uns, l'embonpoint est développé, le tissu graisseux est très-abondant, il y a une véritable polysarcie, mais en même temps les chairs sont molles et flasques. Chez d'autres, quoique doués d'un appétit énergique, il y a une maigreur considérable, la peau est blanche et rosée, ou terne et même brune. La chevelure est tantôt épaisse, luxuriante même, tantôt rare et clair-semée. La physionomie est régulière et belle, ou bien, au contraire, irrégulière et dépourvue d'expression.

» Relativement à la stature, le plus souvent la croissance semble avoir été entravée dans son évolution ; le sujet a vingt ans, et il en accuse à peine quinze par son apparence chétive et enfantine. D'autres sont d'une taille élevée, mais mal prise ; en général, chez les scrofuleux, il y a défaut d'harmonie entre les différentes parties du corps. Le thorax est aplati d'avant en arrière et sur les côtés à sa partie supérieure, et présente ainsi une forme quadrilatère ; le sternum est souvent bombé en carène, et le ventre forme une saillie disgracieuse ; les membres manquent ordinairement de proportion avec le reste du corps, de là cette gaucherie dans les attitudes et les mouvements que l'on observe chez tant de scrofuleux.

» La colonne vertébrale est assez fréquemment déviée de différentes manières, mais il ne faut pas confondre cette déviation avec celles qui sont d'origine rachitique et qui peuvent atteindre des sujets scrofuleux dans leur première enfance. Ce sont là des maladies très-distinctes.

» Les fonctions de l'économie sont modifiées de différentes manières, soit en plus, soit en moins. Ainsi tantôt la nutrition est languissante, tantôt elle est exagérée; chez l'un, les digestions sont promptes, faciles; chez l'autre, difficiles, accompagnées d'éructations gazeuses. L'état des forces est également très-variable : certains sujets sont lents, paresseux; d'autres sont actifs, laborieux, et cette paresse est le résultat d'une véritable faiblesse, d'une sorte d'inaptitude au mouvement.

» Même chose pour l'intelligence. Certains scrofuleux sont doués d'un esprit brillant, d'une pénétration remarquable; d'autres sont lourds, comme stupides: l'obtusion de leurs facultés peut aller jusqu'à l'idiotie. Ces malheureux cherchent par tous les moyens à prolonger leur séjour à l'hôpital: ils y passeraient volontiers toute leur vie dans l'existence oisive que l'on y mène. Les facultés affectives sont encore là diverses : ici le caractère est vif, emporté; là doux, patient, plein de mansuétude et d'abnégation.

» Relativement aux fonctions de la génération, le plus ordinairement la puberté est retardée; d'autres fois, cependant, elle est avancée. Très-souvent, chez les sujets du sexe féminin, la menstruation se déclare très-tard; et quant aux appétits vénériens, ils sont ardents ou languissants et presque nuls.

» *Symptômes de la scrofule.* — Enfin la maladie proprement dite se manifeste..... Ici nous pouvons reconnaître quatre périodes successives.

» Première période (*scrofule primitive*). — Elle se place ordinairement entre la première et la seconde dentition. La scrofule se décèle par différentes affections sur lesquelles je dois appeler très-sérieusement votre attention, parce qu'elles sont très-souvent méconnues. Ce sont surtout des gourmes, les croûtes de lait, les pseudo-teignes. Vous savez qu'on appelle ainsi l'eczéma et l'impétigo du cuir chevelu. Ces affections sont ordinairement très-rebelles, s'accompagnent souvent de tuméfaction, et se propagent souvent aussi aux bulbes pilifères. C'est là une des manifestations les plus communes de la scrofule à sa première période. Ces éruptions cutanées donnent souvent lieu à des engorgements ganglionnaires du cou; mais ces engorgements ne sont encore que sympathiques : ils n'ont pas de caractères scrofuleux, et ils cèdent avec la cause qui leur a donné naissance. Tout entière à son idée d'anatomie pathologique, l'école de Willan n'a étudié ces éruptions qu'à un seul point de vue, celui de la forme particulière des lésions par lesquelles elles se manifestent. La loupe à la main, ils ont étudié la vésico-pustule qui caractérise l'éruption; ils ont constaté que cette vésico-pustule est petite, acuminée, et renferme une matière assez épaisse et melliforme, ils lui ont donné le nom d'*achor*, sous lequel les anciens désignaient les éruptions du cuir chevelu, et ils n'ont pas vu que la ténacité, la fixité de cette affection, lui donnaient un caractère particulier en dehors de la lésion élémentaire. Du reste, cette vésico-pustule acuminée, à laquelle on attache tant d'importance, est très-difficile à trouver, soit que sa durée soit très-courte, soit qu'elle manque réellement.

» On observe en même temps des éruptions aphtheuses, l'induration et l'hypertrophie des amygdales ; d'où résultent, comme conséquences, la dureté de l'ouïe et le ronflement pendant le sommeil.

» Pendant cette première période, nous avons encore à noter les *ophthalmies*, dans lesquelles l'inflammation attaque les diverses parties de l'œil et les paupières (orgelet, induration des follicules de Meibomius).

» Le *coryza* habituel, l'enchifrènement avec gonflement de la lèvre supérieure, qui est souvent le siége d'érythèmes, d'éruptions impétigineuses, etc.

» L'*otorrhée*, soit permanente, soit à répétitions plus ou moins rapprochées.

» La *leucorrhée* chez les petites filles.

» Un *érythème* avec induration des joues, qui alterne souvent avec les ophthalmies spéciales.

» Les *engelures*, différentes formes d'*eczéma*, d'*impetigo*, d'*acne indurata* ou *rosea*, et même de *psoriasis*, remarquables surtout par leur ténacité.

» Pendant cette première période, nous trouvons surtout à signaler des affections que le premier nous avons désignées sous le nom de *scrofulides*, et qui affectent spécialement la peau et les muqueuses. Ces affections, quoique nous ayons noté leur ténacité, sont légères, en comparaison de celles qui se développeront plus tard.

» A la fin de cette période, on observe, soit comme phénomène de transition à la seconde période, soit comme effet sympathique, des éruptions du cuir chevelu, des engorgements ganglionnaires, qui s'enflamment et suppurent sous l'influence d'une nouvelle poussée scrofuleuse. Alors se forment des ganglionites tuberculeuses, des abcès se creusent: la peau se décolle, s'amincit, se détruit, et il se manifeste des ulcérations d'un aspect particulier et caractéristique. Mais alors ce ne sont pas seulement les ganglions cervicaux superficiels qui sont pris; le mal s'étend à ceux qui sont situés plus profondément, à ceux qui passent sous les clavicules, sous le sternum, à ceux des aisselles, etc., et là aussi il peut se former des abcès, des décollements, des fistules.

» Les engorgements ganglionnaires cervicaux sont faciles à reconnaître. Ils affectent un seul côté ou les deux côtés du cou: leur masse est quelquefois très-considérable, et modifie singulièrement la physionomie. Le cou forme quelquefois alors un relief de chaque côté des mâchoires.

» Les ulcérations succédant à l'ouverture des abcès ont une durée plus ou moins longue: elles restent quelquefois stationnaires, ou bien elles se cicatrisent. Dans le premier cas, on les voit persister dans les périodes suivantes, se joindre aux nouvelles lésions qui se seront manifestées.

» Ces accidents divers de la scrofule primitive peuvent céder, et une guérison apparente survenir; mais plus tôt ou plus tard de nouvelles poussées amènent les désordres dont nous allons maintenant vous entretenir.

» Deuxième période (*scrofule secondaire*). — Les accidents qui se manifestent dans cette période ont un caractère de gravité plus prononcé; ce sont des scrofulides d'une nature beaucoup plus tenace que celle dont nous avons parlé plus haut, et qui affectent la peau et les muqueuses.

» Nous rencontrerons ici :

» 1° Les différentes variétés d'*acné varioliforme*, que nous avons fait connaître pour la première fois il y a déjà quelques années (1), et le *lupus acnéique*, confondu par les auteurs avec l'*acne sebacea*.

» 2° Le *lupus* et ses formes diverses : les lupus érythémateux, eczémateux, tuberculeux; certaines variétés de lupus érythémateux désignées par Biett sous le nom d'érythème centrifuge.

(1) Bazin, *Journ. des connaissances médico-pratiques*, 1851.

» 3° L'*impetigo rodens* de Bateman et des auteurs modernes.

» 4° La *scrofule cutanée*, déjà indiquée par Rayer, mais que personne n'avait complétement décrite ; elle se montre soit isolée, soit par groupes, et elle est caracrisée par des élevures papulo-tuberculeuses ou papulo-pustuleuses, qui s'ulcèrent, s'enflamment, etc. Souvent l'inflammation se transmet aux parties sous-jacentes, d'où la formation d'abcès superficiels ; quelquefois enfin elle s'étend plus profondément, peut même aller jusqu'aux parties osseuses, mais sans les altérer.

» 5° Le *molluscum tuberculeux*.

» 6° Le *lupus impétigineux* des lèvres, de la vulve.

» 7° Les *catarrhes utérins* avec érosions granuleuses du col de l'utérus, dont l'origine et la nature réelles sont si souvent méconnues, et que l'on combat inutilement avec des moyens exclusivement locaux.

» 8° Enfin des *blennorrhagies* suivies de rétrécissements.

» Tandis que ces accidents se manifestent, il n'est pas rare de voir des engorgements plus ou moins considérables de ganglions situés dans le voisinage des parties qui sont le siége des affections que nous venons d'énumérer. Ces engorgements, comme ceux de la première période, sont encore seulement sympathiques.

» Pendant cette seconde période, les ulcérations du lupus peuvent faire de grands progrès et s'étendre même jusqu'aux surfaces osseuses.

» Troisième période (*scrofule tertiaire*). — Elle est surtout caractérisée par les lésions du système osseux. Les surfaces osseuses, les articulations, la continuité et le centre des os sont successivement envahis.

» Nous avons donc à considérer ici :

» 1° Des *abcès froids* enkystés ; 2° des *périostites ;* 3° des *tumeurs blanches ;* 4° des *ostéites* raréfiantes ou condensantes ; 5° des *caries* simples ou tuberculeuses ; 6° des *nécroses ;* 7° des *hyperostoses* avec ou sans carie ; 7° des *spina-ventosa*, caractérisées par une inflammation des tissus médullaires avec dilatation des parties centrales de l'os et amincissement des parois.

» Les produits de la suppuration du système osseux qui forment les abcès, d'abord sessiles, deviennent migrateurs, et gagnent le plus ordinairement la surface tégumentaire ; ils forment collection sous la peau, amincissent, perforent cette membrane, se font jour à l'extérieur, et laissent à leur suite des trajets fistuleux, des décollements, etc.

» Quelquefois ces collections vont aboutir à la surface tégumentaire interne, qu'elles perforent par un travail d'ulcération ; le pus tombe dans l'intestin et vient sortir par l'anus.

» Enfin, dans des cas plus rares, l'abcès par congestion s'ouvre dans la vessie, et le pus est rejeté par l'urèthre avec les produits de la sécrétion urinaire.

» C'est pendant cette période que se montrent les symptômes dits *généraux*. Les traits du visage s'altèrent ; le visage lui-même prend une teinte pâle bien prononcée ; les forces se perdent graduellement ; on voit se manifester les signes irrécusables d'une altération du sang, des infiltrations séreuses dans les membres, et parfois même de l'albuminurie. Les fonctions digestives sont le plus ordinairement altérées ; la diarrhée se déclare, par intervalles d'abord, puis d'une manière permanente. L'amaigrissement fait des progrès. Le pouls est quelquefois accéléré ; mais

en général on n'observe pas les phénomènes de la fièvre hectique. La sueur, en particulier, fait presque toujours défaut.

» Par le fait des accidents survenus pendant cette période, la maladie peut se terminer d'une manière funeste. Le plus ordinairement la mort a lieu par l'épuisement graduel des forces et de la sensibilité; mais dans quelques cas elle survient par suite d'une affection intercurrente, une pleurésie, par exemple. Ailleurs, elle est la conséquence d'une rupture vasculaire. Enfin j'ai vu, dans plusieurs cas, un caillot arrêté dans une artère ou dans une veine amener un obstacle à la circulation : d'où un sphacèle mortel des parties situées au-dessous.

» Quatrième période (*scrofule quaternaire* ou *viscérale*). — Dans les trois périodes précédentes, les déterminations de la scrofule avaient lieu sur l'appareil tégumentaire interne ou externe, sur l'appareil ganglionnaire lymphatique, sur les tissus cellulaires, ligamenteux ou osseux; dans la quatrième période, ce sont les viscères qui vont se trouver pris.

» Tantôt les affections dont nous allons parler se montrent dans leur ordre régulier de succession, c'est-à-dire qu'elles apparaissent à la suite de celles qui ont caractérisé les périodes précédentes; d'autres fois, il faut bien le savoir, elles débutent d'emblée; mais, dans ce dernier cas, le danger est très-grand; il est bien rare que la thérapeutique puisse en triompher. La scrofule viscérale consécutive offre plus de chances favorables.

» Quelles sont donc les affections qui constituent la scrofule quaternaire ou viscérale? Ce sont :

» 1° La *phthisie bronchique* ou *pulmonaire*, ayant pour lésion anatomique le tubercule.

» 2° La *phthisie abdominale*, comprenant le carreau et la péritonite tuberculeuse; différentes tumeurs du foie ou du pancréas; tumeurs de nature diverse : fibro-plastiques, cancéreuses, dégénérescences graisseuses, etc.; les altérations du rein qui donnent lieu à l'albuminurie (maladie de Bright); diverses tumeurs de l'ovaire, certaines indurations de l'utérus, etc.

» 3° La *phthisie cérébrale*. Ici se rangent la méningite tuberculeuse ou granuleuse; les tubercules dans le cerveau ou le cervelet. Les convulsions qui se montrent alors sont ordinairement la conséquence de la tuberculisation dans l'appareil nerveux central, tandis que les troubles de la sensibilité et du mouvement, que l'on observe dans la période précédente, sont plutôt dus à une compression du cerveau ou de la moelle, occasionnée surtout par des dépôts ayant pour point de départ une affection du système osseux du crâne ou de la colonne vertébrale (maladie de Pott).

» 4° La *scrofule mammaire* ou *testiculaire*. Chez la femme, le sein devient le siége de tumeurs de nature diverse : tuberculeuses, fibro-plastiques, etc. Chez l'homme, même chose pour le testicule.

» 5° La *cachexie scrofuleuse* n'est point exclusivement propre à la quatrième période; elle est commune à toutes les autres, mais surtout aux deux dernières. Elle résulte de l'épuisement de la constitution par les suppurations abondantes, les souffrances prolongées, etc. (1). »

(1) Bazin, *Cours de sémiotique cutanée*, et *Leçons sur la scrofule*, p. 92 et suiv.

Tout en reconnaissant que la scrofule peut tenir sous sa dépendance les affections nombreuses qui précèdent, et qu'on observe quelquefois l'ordre d'évolution que Bazin leur a assigné, Hardy pense qu'il y a de trop nombreuses exceptions pour qu'on puisse admettre cet ordre d'une manière absolue; aussi cet auteur étudie-t-il simplement les affections locales de la scrofule dans les différents tissus où elles peuvent se développer, tels que la peau, les muqueuses, le tissu cellulaire, les ganglions lymphatiques, les os et les viscères, sans assigner un ordre régulier à ces expressions variées de la même maladie (1).

Comme on le voit, la scrofule comprend un très-grand nombre de manifestations diverses : ici c'est une ulcération, là c'est l'hypertrophie d'un tissu, là une affection de la peau, et d'autres fois c'est le tubercule. Mais aucune de ces lésions n'est la scrofule elle-même; aucune n'en est le caractère anatomique. Et c'est ici que plusieurs auteurs sont tombés dans l'erreur. Lebert, en particulier, voyant que le tubercule n'est pas constant dans la scrofule, en a fait une affection tout à fait isolée, et il ne veut pas qu'aucune lésion tuberculeuse soit scrofuleuse. Bazin combat cette opinion, en faisant remarquer que la cause de ce faux raisonnement provient de ce que l'on confond la *maladie* et la *lésion*. Le tubercule est certainement, dans un grand nombre de cas, étranger à la scrofule, mais il peut aussi lui appartenir à titre de *lésion ;* et dans ce cas, il n'est plus qu'un élément variable et non nécessaire de la maladie : c'est ainsi que la gravelle est quelquefois une maladie indépendante et quelquefois un élément de la goutte.

Il nous semble que c'est réellement ainsi qu'il faut comprendre la scrofule, et que ce point de vue est de la plus grande utilité pour le diagnostic et la thérapeutique ; car, si la scrofule se manifeste particulièrement par des lésions qu'on peut retrouver dans d'autres maladies, il ne s'agira, pour le diagnostic et la thérapeutique, que de rechercher si la lésion que l'on a sous les yeux se rattache d'une manière évidente, par sa marche, par ses caractères, par les manifestations antérieures, à la maladie scrofuleuse.

§ IV. — Formes et variétés.

Maintenant il nous resterait à décrire les formes et variétés de la scrofule, mais on comprend que cette étude ne peut être faite que dans une monographie ; nous nous bornerons donc à une simple indication.

Alph. Milcent a distingué : 1° une *forme bénigne*, 2° une *forme maligne* ou *grave*, 3° une *forme fixe primitive*, 4° des *affections symptomatiques* de la scrofule.

Bazin réduit toutes les manifestations si variées de la scrofule à sept formes principales :

1° La *scrofule régulière et complète*, dans laquelle les périodes se succèdent dans l'ordre précédemment indiqué. Cette forme n'est pas la plus fréquente.

2° La *scrofule incomplète*. C'est la forme vulgaire des auteurs; il y en a plusieurs variétés. Ici des ophthalmies ouvrent la scène; à ces ophthalmies et sans ganglionites intermédiaires, a succédé le *lupus ;* ailleurs ce sont encore des oph-

(1) Hardy, *Leçons sur la scrofule*, p. 25.

thalmies qui se sont manifestées les premières, mais le phénomène principal, c'est l'apparition de tumeurs blanches, d'ostéites; dans d'autres cas, la première et la seconde période font défaut, et la troisième se montre d'emblée, etc.

3° La *scrofule bénigne* est caractérisée par le plus faible degré des accidents de la première période.

4° La *scrofule maligne* est le degré le plus élevé et le plus grave des affection qui constituent la scrofule.

5° Dans la *scrofule phagédénique*, la tendance à l'ulcération, commune à toutes les variétés de la scrofule, est singulièrement exagérée, et elle se manifeste dès le début. Le phagédénisme se joint souvent à la forme suivante ; il ne faut pas le confondre avec la pourriture d'hôpital qui est contagieuse.

6° La *scrofule fixe primitive* n'est accusée que par une seule affection qui se montre au début et persiste pendant tout le cours de la maladie. Tantôt c'est une ophthalmie, tantôt un lupus, ailleurs une tumeur blanche. C'est ici que se montrent souvent les accidents du phagédénisme.

7° La *scrofule larvée* emprunte l'appareil symptomatique d'une autre maladie. Ainsi, elle pourra revêtir l'apparence d'une phlegmasie, d'une phthisie, d'une fièvre typhoïde. Il faut considérer la méningite granuleuse comme une forme larvée de la scrofule ; nous devons en dire autant de la péritonite tuberculeuse. La diathèse tuberculeuse générale n'est autre chose qu'une forme larvée de la maladie qui nous occupe.

§ V. —Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous empruntons encore à Bazin quelques considérations sur la marche de la scrofule.

Irrégularités. — « La scrofule, dans son évolution, ne suit pas toujours l'ordre régulier dont nous venons d'esquisser à grands traits le tableau ; certaines périodes peuvent manquer, mais ces irrégularités ne sont pas aussi communes qu'on pourrait le croire. Les accidents propres aux premières périodes ont pu se montrer, mais à un faible degré, et échapper ainsi à l'attention du malade et même du médecin qui lui a donné des soins dans son enfance. Nous l'avons dit, la portée réelle du phénomène qui caractérise la première période est aujourd'hui trop souvent méconnue ; nous en avons chaque jour la preuve. Enfin, certains malades, mus par un sentiment de crainte ou de fausse honte, que vous rencontrerez souvent dans la pratique pour diverses affections, mais surtout pour celles qui accusent un vice congénital ou acquis, telles que les dartres, la scrofule ou la syphilis, certains malades, dis-je, vous déguiseront la vérité. Il leur semble qu'en trompant le médecin et en cachant leurs antécédents, ils atténueront la gravité de leur mal. Il faut être en garde contre cette source d'erreur, et presser le malade de questions, soit pour rappeler ses souvenirs, s'il est de bonne foi, soit pour le forcer à dire la vérité, s'il cherche à la dissimuler.

» Dans certains cas, la scrofule est à l'état latent, et c'est une cause extérieure ou bien une affection morbide qui vient l'éveiller, en déterminer le siége et lui donner ainsi, dès le début, les caractères d'une période plus avancée. Ainsi, un coup, une chute, peuvent, chez un sujet fortement prédisposé, amener une tumeur

blanche de l'articulation lésée, des abcès froids suivis de fistules ou de caries dans les parties contuses.

» Comme on le voit, dans ces cas la scrofule tertiaire se montrera d'emblée. Ailleurs, c'est une pleurésie qui déterminera une éruption de tubercules dans le poumon, c'est-à-dire la scrofule du quatrième degré.

» Dans certains cas, la maladie suspend brusquement sa marche, soit dans le cours de l'une de ses périodes, soit dans un intervalle, soit à une époque de transition, et donne ainsi au patient un sursis de plusieurs années, pendant lesquelles la guérison semble complète. D'autres fois, l'ordre des périodes est interverti. La maladie débute par des engorgements ganglionnaires qui s'ulcèrent ; puis viennent de nouvelles poussées, etc. Ailleurs encore la scrofule secondaire fait défaut, et la première et la troisième s'enchaînent sans intermédiaire ; ou bien enfin ces deux périodes se confondent, et marchent parallèlement.

» On observe également de grandes irrégularités dans la durée de ces différentes phases d'évolution.

» Relativement à l'époque de l'invasion, la maladie débute à tous les âges, mais plus particulièrement dans les premières périodes de la vie ; ce n'est que très-rarement qu'on la voit survenir dans la vieillesse. Je ne puis partager les idées de Dumoulin, qui regarde le lichen, le pemphigus et le prurigo des vieillards comme de nature scrofuleuse ; je ne puis voir là que de véritables dartres (1). »

Marche chronique. — La marche de la scrofule est ordinairement chronique, et la maladie dure des années. Mais le mal n'est pas toujours en éveil : on voit par intervalles la santé se rétablir, puis les accidents reparaissent ; quelquefois alors c'est le même organe qui est repris, et c'est le même genre de lésion qui se reproduit ; d'autres fois le contraire a lieu.

« La puberté, le mariage, l'âge critique chez les femmes, ont quelquefois une grande influence pour activer ou ralentir les progrès de la maladie. La scrofule muqueuse ou catarrhale est plus intense pendant l'hiver, et la scrofule cutanée se réveille habituellement au printemps. Enfin, ajoute Bazin, les climats chauds ont une action incontestable, mais plus particulièrement sur les sujets qui ont habité antérieurement des régions moins favorisées. Le régime, les agents thérapeutiques modifient également la marche de la scrofule. »

Marche aiguë. — On voit quelquefois, par exception, la scrofule suivre une marche aiguë. « Sur un enfant de deux ans, Luton (de Reims) a observé, en quelques jours, une tuberculisation pulmonaire, une dégénérescence des ganglions bronchiques et mésentériques, un eczéma, un érysipèle, une conjonctivite, un coryza, une bronchite à flux mucoso-purulent. Tous ces symptômes se sont rapidement terminés par la mort (2). »

Il est diverses circonstances qui précipitent ainsi le cours de la maladie : les inflammations plus ou moins répétées, une maladie fébrile comme la rougeole, la scarlatine, etc., peuvent hâter l'évolution des diverses lésions locales.

Durée. — Elle est généralement très-longue, et pour s'en convaincre, il suffit,

(1) Bazin, *Leçons, etc.*, p. 103 et suiv.

(2) Luton (de Reims), *Bulletins de la Société anatomique*, 1854, p. 45. — Cavasse, *Annuaire des sciences méd.*, 1857.

en parcourant une salle de scrofuleux, de jeter les yeux sur les pancartes, et l'on verra que la plupart des malades sont admis depuis cinq, six, huit mois, et même depuis plusieurs années.

Terminaison. — « Une guérison radicale, définitive, peut être obtenue, cela est incontestable. On a parlé de crises, d'éruption furonculeuse, de la formation d'abcès à la suite desquels on voyait les accidents marcher rapidement vers la guérison. Je n'ai jamais rien vu de semblable. La mort est assez commune : elle arrive le plus souvent d'une manière graduelle, par le fait des progrès de la cachexie. Quelquefois elle succède à un accident, et arrive alors prématurément. Ici c'est une hémorrhagie rapidement mortelle, là c'est un caillot qui ferme le calibre d'une artère et amène le sphacèle des parties situées au-dessous ; ailleurs, c'est l'action mécanique d'une tumeur scrofuleuse sur un organe très-important situé dans le voisinage. Une masse tuberculeuse placée sur le trajet des grosses bronches va comprimer les canaux aériens et donner lieu à une asphyxie progressive. D'autres fois, une vomique va s'ouvrir dans les bronches, et ici l'asphyxie sera instantanée. Dans d'autres cas enfin, c'est une perforation du péritoine qui amènera une péritonite suraiguë. Je possède des exemples de ces différentes terminaisons (1). »

§ VI. — Lésions anatomiques.

On trouve, après la mort, les lésions qui caractérisent les différentes affections dont on avait constaté l'existence pendant la vie, et dont l'étude ne peut être faite qu'à propos de chacune de ces affections en particulier. Souvent aussi, d'après l'observation de Bazin, on rencontre des lésions organiques qui ne se sont révélées par aucun trouble fonctionnel, des tumeurs fibreuses ou lardacées, des tumeurs graisseuses, l'infiltration graisseuse ou tuberculeuse des os.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* des affections diverses qui traduisent la scrofule et que nous avons énumérées plus haut, ne saurait être exposé ici ; chaque manifestation de la scrofule peut offrir des caractères particuliers qui permettent d'en reconnaître la nature, mais ceux-ci devront être étudiés à propos des maladies de chaque appareil.

Nous devons seulement signaler quelques caractères généraux qui se retrouvent dans presque toutes les affections scrofuleuses et servent ainsi puissamment au diagnostic.

Les *ulcérations* qui succèdent à un grand nombre des affections scrofuleuses, bien que présentant des caractères variables suivant la lésion à laquelle elles sont liées, offrent généralement un aspect spécial : leur surface est grisâtre, blafarde ; leurs bords sont décollés, amincis ; souvent elles présentent des bourgeons saillants et même de véritables végétations. Le pus, rarement épais et bien lié, est presque toujours sanieux, mêlé de grumeaux. Il résulte des ulcères scrofuleux des *cicatrices* caractéristiques qui persistent comme trace indélébile des affections antérieures, et qui ont été très-bien décrites par Baudelocque : elles sont le plus souvent formées par plusieurs petites cicatrices superposées, accolées ou enchâssées les unes dans les autres. Elles sont irrégulières, réticulées, présentant l'aspect des

(1) Bazin. *Leçons, etc.*, p. 111.

colonnes charnues des ventricules du cœur, offrant quelquefois à leur surface ou sur leurs bords des portions saillantes, comme des végétations, ou bien enfoncées et déprimées quand elles sont consécutives à des lésions profondes.

Ces caractères, joints à ceux que l'on peut tirer de la considération des phénomènes antécédents et concomitants, et des signes qui servent à reconnaître la diathèse même en l'absence de toute manifestation scrofuleuse, permettent le plus souvent de reconnaître la scrofule sous les expressions variées et multiples qui la traduisent.]

L'*engorgement ganglionnaire*, qu'il soit consécutif aux affections nombreuses dont la peau peut être le siége ou bien qu'il soit primitif, est un des éléments importants de la scrofule, et il importe de ne pas le confondre avec le simple engorgement inflammatoire des ganglions : dans cette affection, les ganglions sont ordinairement douloureux dès le début ; on trouve aux environs soit une inflammation, soit une maladie de la peau qui a donné lieu à leur gonflement et qui disparaît dès qu'on s'est rendu maître de ces affections ; enfin la constitution ne paraît nullement altérée. Divers symptômes de syphilis constitutionnelle pourraient être confondus avec la scrofule ; comme celle-ci, en effet, la syphilis donne lieu à des accidents du côté de la peau, des ganglions et des os. Mais il suffit de remarquer que dans la syphilis constitutionnelle ce sont les ganglions situés derrière le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien qui s'engorgent, tandis que dans la scrofule ce sont principalement les ganglions sous-maxillaires. Les premiers d'ailleurs sont petits, isolés, en chapelet, et les seconds se réunissent en masse bosselée. Nous exposerons dans l'article consacré aux *syphilides* les caractères particuliers de ces affections. Relativement aux *lésions des os*, les douleurs ostéocopes nocturnes, qui accompagnent celles qui sont dues à la syphilis, sont le meilleur caractère distinctif ; enfin la connaissance des antécédents vient, dans le plus grand nombre des cas, éclairer le diagnostic.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la scrofule et de l'engorgement chronique des ganglions.*

SCROFULE.	ENGORGEMENT CHRONIQUE DES GANGLIONS.
Tumeur ganglionnaire apparaissant souvent sans cause déterminante appréciable.	*Tumeur* se développant sous l'influence d'une irritation voisine (inflammation) des muqueuses, maladie de la peau.
Indolente au début.	*Douloureuse* au début.
Ne disparaissant pas avec les inflammations voisines.	*Disparaissant* en même temps que les inflammations voisines, ou peu après.
Constitution altérée dès que la maladie a fait quelques progrès.	*Constitution* non altérée.

2° *Signes distinctifs des lésions des os dans la scrofule et dans la syphilis constitutionnelle.*

LÉSION DES OS DANS LA SCROFULE.	LÉSION DES OS DANS LA SYPHILIS.
Peu douloureuse au début.	*Douleurs ostéocopes* nocturnes.
Antécédents : pas de maladie syphilitique.	*Antécédents :* symptômes syphilitiques primitifs.

La maladie syphilitique étant très-fréquente, beaucoup d'individus réellement

scrofuleux auront nécessairement éprouvé antérieurement des symptômes vénériens. Ce n'est que par une étude attentive des faits que les renseignements pourront être appréciés à leur juste valeur.

Le *pronostic* de la scrofule dépend évidemment presque toujours des progrès qu'a faits la maladie ; mais s'il n'existe encore qu'un petit nombre de symptômes locaux, un peu de gonflement des ganglions du cou, ou même si, la suppuration s'étant emparée de ces ganglions, toute la maladie paraît encore concentrée dans cette région, on doit espérer de rendre le malade à la santé. Il n'est encore que trop de cas où la cause générale ne peut être détruite, et où l'affection marche d'une manière certaine, quoique lente, à une terminaison fatale. Lorsque les os sont altérés, et que les symptômes locaux sont très-multipliés, la maladie est presque toujours au-dessus des ressources de l'art. Alors, non-seulement la cause générale résiste puissamment au traitement le mieux dirigé, mais encore les symptômes locaux viennent, par les désordres qu'ils occasionnent, ajouter à la gravité de la maladie.

§ VIII. — Traitement.

Il est bien peu de médicaments qui se recommandent par une efficacité réelle. L'affection se montrant primitivement avec des caractères de débilité générale, c'est d'abord aux amers, aux toniques, aux ferrugineux qu'on a eu recours. Le *vin*, le *sirop antiscorbutique*, l'extrait, la décoction de *quinquina*, ont été presque généralement prescrits. Chaque médecin a adopté des formules particulières, et associé entre elles des substances très-variées ; nous allons indiquer quelques-unes de ces formules.

Amers, toniques. — Le Pelletier (de la Sarthe) prescrit un vin amer dont la composition est la suivante :

℞ Vin blanc	1 litre.	Racine de gentiane	30 gram.

Faites-y infuser :

Racine de raifort sauvage	8 gram.	Cannelle	2 gram.
Écorce d'orange	4 gram.	Carbonate de potasse	4 gram.

Renfermez le tout dans une bouteille bien bouchée, et exposez-la pendant trois jours à l'action des rayons solaires ; après ce temps, passez et conservez pour l'usage.

A prendre un quart de verre tous les matins pour les adultes, deux cuillerées seulement pour les enfants ; si l'excitation produite est trop forte, affaiblir la liqueur avec deux tiers d'eau sucrée.

Quelques médecins prescrivent simplement une forte décoction de *houblon*, et d'autres accumulent, au contraire, un très-grand nombre de substances excitantes et toniques.

Négrier (1) a cité un assez grand nombre de faits qui prouvent l'utilité des *feuilles de noyer* dans cette maladie. « Les *infusions* de feuilles de noyer sont

(1) Négrier, *Sur le traitement des affect. scroful. par les prépar. de feuilles de noyer* (*Archives gén. de médecine*, 3e série, 1831, t. X, p. 399, t. XI, p. 41).

faites en jetant une forte pincée de ces feuilles coupées dans 250 grammes d'eau bouillante; on édulcore avec du sucre ou avec le sirop dont je vais indiquer ci-après la préparation. J'ai toujours fait prendre de *deux à trois tasses* de cette infusion par jour; on peut en donner *cinq*.

» La *décoction* de feuilles de noyer, qui agit si avantageusement en *lotions* et comme *topique*, dont on imbibe les plumasseaux pour panser les ulcères scrofuleux, doit être plus chargée que l'infusion. J'emploie une petite poignée de feuilles pour 1 kilogramme d'eau, et la coction est prolongée dix à quinze minutes. Elle est également fort utile en *bains locaux* et même généraux; son efficacité est surtout remarquable en *injections* dans les trajets fistuleux.

» L'*extrait* est préparé avec les feuilles de noyer par la méthode de déplacement. En employant les feuilles sèches, on a de la sorte le moyen de renouveler cette préparation, autant qu'on en a besoin, pendant toutes les saisons, tandis qu'en se servant des feuilles fraîches, il faut en préparer une trop grande quantité, et l'on s'expose à la voir s'altérer.

» On prépare le sirop de feuilles de noyer avec l'extrait, en en mêlant 40 centigrammes à 30 grammes de sirop simple.

» On sait ainsi quelles sont les doses du médicament qu'on administre. On peut aussi préparer le sirop avec les feuilles vertes; il est alors plus aromatique que celui qui est composé avec l'extrait, mais on ne peut pas apprécier aussi exactement la quantité du médicament que prend journellement le malade.

» *Aux jeunes enfants*, je donne *deux ou trois cuillerées à café de sirop* dans les vingt-quatre heures; pour les *adultes*, je n'ai jamais dépassé 64 *grammes. La dose ordinaire pour ces derniers* est de 30 à 40 grammes.

» Les *pilules d'extrait de feuilles de noyer* sont chacune de 20 centigrammes d'extrait rendu solide par une quantité suffisante de poudre de feuilles de noyer.

» J'en fais prendre *deux* par *jour;* je n'ai jamais *dépassé* le nombre de *quatre*.

» Enfin, dans quelques cas où il peut être utile de faire faire des *frictions* sur la région malade, j'emploie la *pommade* suivante :

℞ Extrait mou de feuilles de noyer	30 gram.	Axonge	40 gram.
		Huile essentielle de bergamote	15 centigram.

» Les frictions doivent être faites doucement et pendant *un quart d'heure* environ, *deux fois par jour.* » (Négrier.)

Dans un autre mémoire publié plus récemment (1), Négrier donne une série d'observations recueillies tant par lui-même que par plusieurs médecins étrangers, et dans lesquelles il constate l'efficacité de ce traitement.

« Aux préparations déjà connues, j'ai ajouté, dit Négrier, un *vin* dit de *noyer*. On le prépare en faisant macérer de 50 à 60 grammes de feuilles fraîches, ou dix à douze noix recouvertes de leur drupe, coupées en fragments, dans un litre de vin de Malaga ou de Lunel; en hiver, on prépare ce vin avec 15 à 20 grammes d'extrait par litre. Il se donne par cuillerées, matin et soir, après les repas. »

Les *ferrugineux* ont été dès longtemps vantés. Baglivi les a recommandés

(1) Négrier, *Arch. gén. de méd.*, avril 1850.

comme très-efficaces; il associait la préparation ferrugineuse avec la rhubarbe. On peut adopter la formule suivante, proposée par H. E. Richter (1) :

℞ Fer pulvérisé..............	8 gram.	Racine de rhubarbe et de cannelle pulvérisée..........	aa 1gr,25
Racine de gentiane en poudre.	2gr,50	Extrait d'absinthe.........	q. s.

Faites des pilules de 1 décigramme, dont on prendra de trois à quatre, deux ou trois fois par jour.

Les médicaments que nous venons d'indiquer ont paru sans doute, dans un assez grand nombre de cas, avoir un effet avantageux ; mais comme on n'a pas tenu compte des diverses circonstances, des modifications qu'on a fait éprouver dans le régime, de l'évolution de la puberté, etc., il est impossible de se faire une idée satisfaisante de l'efficacité réelle de ces médicaments. Aussi a-t-on toujours cherché d'autres moyens qui agissent directement contre la scrofule, et a-t-on souvent annoncé la découverte de divers spécifiques.

Préparations iodurées. — Aucun médicament n'a eu, dans ces derniers temps, une plus grande vogue que l'iode et ses diverses préparations. C'est principalement à Lugol (2) que l'on doit la propagation de ce médicament, qui avant lui n'avait été employé que dans des cas particuliers. Ce médecin l'administrait en boisson, sous forme de bains, en injection dans les trajets fistuleux ; enfin sous les formes les plus diverses. Voici les différentes solutions qu'il prescrivait habituellement à ses malades ; elles sont désignées par des numéros d'ordre qui annoncent leur degré de force :

	N° 1.	N° 2.	N° 3.
℞ Iode......................	0gr,10	0gr,15	0gr,20
Iodure de potassium..........	0gr,20	0gr,30	0gr,40

Faites dissoudre dans :

Eau distillée.................	500	500	500 gram.

Ces préparations sont employées uniquement dans le *traitement externe;* on les administre en *lotions*, en *collyres* dans les ophthalmies, en *injections* dans les trajets fistuleux, etc. Dans le cas où cette solution ne serait pas assez forte, on la remplacerait par la suivante :

℞ Iode................ 30 gram. | Iodure de potassium....... 30 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée............................ 500 gram.

Enfin on peut la rendre beaucoup plus concentrée; mais alors il faut se borner à l'appliquer avec un pinceau sur les surfaces ulcérées.

Le même auteur a indiqué les doses graduées propres à servir pour les *bains* des enfants et des adultes. En voici les formules :

(1) Lehoulant, *Lehrbuchder's Speciellen Pathologie und Therapie*, 4e Auflage, von H. E. Richter. Leipzig, 1852.

(2) Lugol, *Mémoire sur l'emploi de l'iode dans les scrofules*. In-8, Paris, 1829-30-31.

Pour les enfants.

	N° 1.	N° 2.	N° 3.	N° 4.
℞ Iode	2gr,50	3 gr.	3gr,75	5 gr.
Iodure de potassium	5 gr.	7 gr.	8gr,50	10 gr.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée	180 gr.	180 gr.	180 gr.	180 gr.

Pour les adultes.

℞ Iode	8 gr.	10 gr.	12 gr.	16 gr.
Iodure de potassium	16 gr.	20 gr.	24 gr.	32 gr.

Faites dissoudre dans :

Eau distillée	180 gr.	180 gr.	180 gr.	180 gr.

Pour administrer ces bains, il suffit de verser cette solution dans l'eau de la baignoire.

A l'intérieur, Lugol administrait la préparation suivante :

℞ Iode.............. 25 centigram.
Hydriodate de potasse. 50 centigram.
Eau distillée.............. 45 gram.

On prescrira six gouttes de cette liqueur dans un demi-verre d'eau sucrée, deux fois par jour, le matin et une heure avant le dîner.

L'iode a encore été donné sous diverses autres formes, qu'il serait trop long d'énumérer ici.

Avant qu'on eût recours à l'iode même, on employait l'*éponge brûlée* qui lui emprunte son efficacité, et dont les bons effets, dans quelques cas, ayant engagé à rechercher à quel principe le médicament devait sa vertu, ont fait découvrir ces propriétés thérapeutiques de l'iode. Rust associe l'éponge brûlée à d'autres substances, comme on peut le voir par la formule suivante :

℞ Éponge brûlée......... 16 gram.
Feuilles de digitale de 20 à 40 centigram.
Oléosaccharum de fenouil........ 8 gram.

Mêlez. Pulvérisez ; divisez en douze paquets. Dose : de deux à trois par jour.

On a cité un bien grand nombre de faits en faveur des préparations d'iode, Lugol les regardait comme souveraines, et Baudelocque leur a reconnu de grands avantages. On ne peut point douter qu'elles ne soient utiles, et peu de praticiens se dispenseront de les mettre en usage.

[Dans un travail présenté récemment à l'Académie de médecine (1), Prieur a préconisé l'iode à l'état métalloïde dans le traitement des adénites scrofuleuses cervicales et aussi des adénites inguinales d'origine syphilitique ; il assigne à l'iode métallique une action résolutive très-marquée dans les cas indiqués, en même

(1) Prieur (de Gray), *De l'iode à l'état de métalloïde dans le traitement des adénites scrofuleuses cervicales sus et sous-maxillaires, et des adénites inguinales d'origine syphilitique.* Rapport de Ricord, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, 20 septembre 1864, t. XXIX, p. 1163.

temps que la propriété de produire des eschares épidermiques qui ne laissent le plus souvent après elles ni cicatrices ni taches durables.

Le procédé consiste à appliquer sur les engorgements ganglionnaires des lamelles d'iode enfermées dans l'épaisseur d'une couche de ouate où elles se vaporisent rapidement sous l'influence de la chaleur. La quantité d'iode employée est en moyenne de 1 centigramme par centimètre carré, répartie aussi également que possible à la moitié, au tiers ou au quart de l'épaisseur d'une carde de coton, qui doit être couverte et débordée par une feuille de gélatine dont la circonférence adhérant aux téguments concentre sur ce point déterminé les vapeurs d'iode. L'appareil est laissé en place de vingt-quatre à quarante-huit heures. Il en résulte une phlyctène remplie d'une sérosité louche, purulente ou sanguinolente.

L'auteur affirme avoir traité, depuis dix ans, environ cent vingt malades par cette méthode, et avoir fait disparaître, calcul moyen, plus de trois cents ganglions, tous fortement tuméfiés.

Ricord, rapporteur du mémoire de Prieur, a expérimenté ce procédé dans huit cas d'adénite scrofuleuse bien caractérisée, et les résultats qu'il a obtenus sont de nature à confirmer les conclusions de ce médecin. La durée moyenne du traitement a été de six semaines à trois mois, ce qui est une durée relativement courte pour ce genre d'affections. Ricord ne partage pas l'avis de Prieur au sujet du peu d'intensité de la douleur causée, suivant lui, par l'application de l'iode métallique. Cette application a été, en effet, très-douloureuse, et la douleur a duré chez plusieurs malades de dix-huit à vingt heures.

Quant à l'action générale de l'iode consécutive à son absorption, Ricord est porté sinon à la nier absolument, du moins à la réduire beaucoup. Chez aucun malade on n'a observé de phénomènes d'intoxication iodique.]

Rochard (1) a vanté contre la scrofule l'*iodhydrargyrite de chlorure mercureux*. Il l'emploie sous forme de frictions, ainsi qu'il suit :

℞ Iodhydrargyrite de chlorure mercureux. . . . . 1 gram.	Axonge. . . . . 20 gram.

Mêlez.

Faites, avec gros comme un pois de cette pommade, des frictions légères, soit sur les parties malades, soit aux aisselles, sur les cuisses, sur le dos, la poitrine, etc.

Ce médicament a sur les tissus un effet irritant très-prononcé. Il ne faut l'employer qu'avec ménagement.

Avant de donner notre opinion sur cette médication, il faut nécessairement attendre que de nouveaux faits soient venus nous éclairer.

Préparations mercurielles. — Ces préparations doivent nécessairement attirer l'attention des médecins, non-seulement parce que le mercure est regardé comme un des meilleurs fondants des engorgements chroniques, mais encore parce que plusieurs auteurs ont pensé que, chez les scrofuleux, il existe un vice syphilitique héréditaire, Warthon, Lalouette, Pischaft et plusieurs autres les ont fortement recommandées. Ce dernier administre à l'intérieur le *cinabre factice* (sulfure) uni au *précipité rouge* (oxyde rouge) *de mercure*, d'après les formules suivantes :

(1) Rochard, *Union médicale*, janvier 1847.

1° Chez les enfants d'un à deux ans.

℞ Cinabre factice.........	$1^{gr},60$	Précipité rouge..	5 centigram.
Feuilles de ciguë......	10 centigram.	Sucre blanc.......	15 gram.

Mêlez. Divisez en vingt-quatre paquets égaux. Dose : un le matin et un le soir.

2° Chez les enfants de cinq à six ans.

℞ Cinabre factice	$1^{gr},60$	Précipité rouge...........	5 centigram.
Feuilles de ciguë.......	25 centigram.	Sucre blanc.............	20 gram.

Mêlez. Divisez en vingt paquets. Dose : un le matin et un le soir.

Chez les sujets plus âgés, la dose de la ciguëdoit être portée à $0^{gr},50$, et celle de cinabre à 2 grammes ; on divise la poudre également en vingt paquets, dont on donne un le matin et un le soir.

Gibert (1) a vivement recommandé le deutoiodure de mercure, qu'il administre comme il suit :

Sirop de deutoiodure de mercure.

℞ Bi-iodure de mercure......	1 gram.	Eau	50 gram.
Iodure de potassium..... .	5 gram.		

Dissolvez. Filtrez au papier.

Ajoutez : Sirop de sucre blanc, marquant 30 degrés à froid........ 2400 gram.

Dose : une cuillerée à soupe par jour ; quelquefois deux.

Pilules.

℞ Bi-iodure de mercure.	10 centigram.	Gomme arabique pulvérisée	50 centigram.
Iodure de potassium.	5 gram.	Miel	q. s.

Pour vingt pilules : de deux à quatre par jour.

Le *protoiodure de mercure* en pilules, à la dose *de 1 centigramme chez les enfants*, et *de 3 centigrammes chez les adultes*, doses que l'on peut augmenter en agissant avec précaution, est peut-être, de toutes les préparations mercurielles, la plus employée aujourd'hui contre les engorgements scrofuleux et contre le principe scrofuleux lui-même.

A l'extérieur, c'est principalement sous forme de pommade qu'on administre les mercuriaux. L'onguent mercuriel, la *pommade de Cyrillo*, dont nous donnerons la formule à l'occasion des maladies syphilitiques, la *pommade de proto-iodure de mercure*, sont ceux qu'on emploie le plus fréquemment. Dans plusieurs cas, nous avons vu des engorgements de nature scrofuleuse céder facilement sous l'influence de la pommade suivante :

℞ Onguent napolitain....	30 gram.	Iode	50 centigram.

Mêlez exactement ; pour frictions, deux ou trois fois par jour.

Cette pommade agit-elle tout simplement comme la pommade au protoiodure, ou bien se passe-t-il dans cette préparation quelque chose de particulier, comme

(1) Gibert, *Bulletin de thérap.*, juin 1844.

dans celle des pilules de Blaud, et est-elle plus efficace ? C'est ce qu'il ne sera possible de dire qu'après des expériences multipliées.

Préparations d'or. — Les mêmes motifs qui ont engagé les médecins à avoir recours aux mercuriaux leur ont fait mettre en usage les préparations d'or. On sait que c'est principalement Chrestien (de Montpellier) qui a préconisé ces médicaments dans le traitement de la syphilis ; après lui plusieurs modernes, et entre autres Gozzi (1), Niel (2) et Legrand (3), ont signalé les préparations auriques comme les meilleurs remèdes à opposer tant à la maladie syphilitique qu'à la maladie scrofuleuse. Il est très-difficile de se faire une opinion exacte sur leur efficacité réelle. Les médecins que nous venons de citer les regardent non-seulement comme très-efficaces, mais encore comme d'un emploi très-peu dangereux lorsqu'elles sont administrées avec prudence ; d'autres, au contraire, leur attribuent un très-grand danger, et mettent en doute leur efficacité contre la maladie. Les observations rapportées par Legrand sont, il est vrai, de nature à faire accorder une certaine valeur aux préparations auriques, mais non à leur faire accorder la préférence sur d'autres médicaments, et sur l'iode en particulier. Chrestien employait principalement les *frictions sur les gencives.* Gozzi et Legrand pensent qu'il vaut mieux faire avaler le médicament ; et comme ce sont eux qui l'ont particulièrement préconisé dans la scrofule, c'est de cette manière qu'on devra l'administrer. La formule suivante peut être prescrite :

℞ Oxyde d'or.	30 centigram.	Extrait d'écorce de mézéréum.	8 gram.

Mêlez exactement, et faites soixante pilules, dont on donnera de une à deux aux enfants très-jeunes, et de une à cinq aux plus âgés.

On peut faire des *pastilles* plus agréables pour les enfants, et composées avec le chlorure d'or, d'après la formule suivante :

℞ Chlorure d'or et de sodium.	25 centigr.	Mucilage de gomme adragant.	q. s.
Sucre.	32 gram.		

Faites soixante pastilles, à prendre de une à deux par jour.

Ou bien encore des pastilles de chocolat avec le cyanure d'or, dont voici la formule :

℞ Cyanure d'or.	10 centigram.	Pâte de chocolat.	32 gram.

Faites trente pastilles, dont on prendra de une à quatre par jour.

Des *pommades* sont aussi prescrites pour les frictions sur les engorgements scrofuleux et pour le pansement des ulcères :

℞ Oxyde d'or.	75 centigram.	Axonge	30 gram.

Mêlez très-exactement, pour une friction matin et soir.

Les assertions des auteurs sur les dangers des préparations auriques étant entiè-

(1) Gozzi, *Sopr. l'us. di alc. remed. aurif.* Bolog., 1817.
(2) Niel, *Rech. et observ. sur les effets des prépar. d'or.* Paris, 1821.
(3) Legrand, *De l'emploi de l'or dans le traitement des scrofules.* In-8, Paris, 1837. — *De l'analogie et des différences entre les tubercules et les scrofules.* In-8, Paris, 1849.

rement contradictoires, il est important de n'employer ces médicaments qu'avec une grande prudence.

Chlorure d'argent. — Sicard a communiqué à a Société de médecine de Marseille (1) plusieurs observations tendantes à prouver l'efficacité du chlorure d'argent dans le traitement des scrofules. Cette substance produit presque toujours des selles abondantes; c'est ce qui fait penser à l'auteur qu'elle agit en produisant sur les intestins une dérivation énergique. Voici comment le traitement est dirigé. Sicard prescrit le chlorure d'argent à l'intérieur, d'après la formule suivante :

♃ Chlorure d'argent... 5 centigram. | Pâte de chocolat.......... q. s.

Pour douze pastilles. A prendre une chaque matin, une demi-heure au moins avant le repas; puis il élève la dose du chlorure à 5 centigrammes pour dix pastilles.

En même temps il prescrit des frictions sur les tumeurs scrofuleuses avec la pommade suivante :

♃ Chlorure d'argent.... 0,50 gram. | Axonge................. 30 gram.

Quelle est la valeur réelle de cette médication? C'est ce qu'une expérimentation plus étendue pourra seule nous apprendre.

Chlorure de baryum. — Ce médicament a été administré par un grand nombre d'auteurs; mais encore ici nous ne trouvons guère que des assertions accompagnées de quelques faits qui ne sont pas de nature à entraîner la conviction. Dans ces derniers temps, Payan (d'Aix) a spécialement employé cette substance dans des affections scrofuleuses très-avancées, dans celles, par exemple, où il existait des caries, des nécroses et des ophthalmies intenses; mais il établit dans les différents cas une distinction qui mérite d'être connue. Suivant lui, chez certains scrofuleux, il existe un état d'excitation très-marqué, et l'on ne trouve pas les attributs du tempérament lymphatique : c'est chez ceux-là que le chlorure de baryum a des effets avantageux; chez les autres, il est nuisible. Voici, en attendant, comment ce médecin administre le chlorure de baryum :

♃ Chlorure de baryum... 5 centigram. | Eau distillée......... ... 100 gram.

A prendre par cuillerées, de deux heures en deux heures. Tous les deux ou trois jours, augmenter la dose de 5 centigrammes, jusqu'à ce que l'on soit parvenu à prendre 35 centigrammes de chlorure de baryum par jour.

Les autres auteurs n'ont point admis la distinction de Payan, et ils administrent le médicament indifféremment à tous les malades. Lauth est un de ceux qui lui ont attribué la plus grande efficacité. Voici comment il le prescrit pour un enfant de deux ans :

♃ Eau .... 90 gram.
Muriate de baryte... 60 centigram. | Teinture stomachique de Whytt. 30 gram.

A prendre à la dose d'une cuillerée à soupe chaque jour.

Pour un enfant de quatre ans, élevez la dose de l'hydrochlorate de baryte à

(1) Voy. *Clinique de Marseille*, novembre 1844.

1 gramme 20 centigrammes. *Pour un enfant de six ans*, à 2 grammes, et *pour un adulte*, à 4 grammes.

Baudelocque dit avoir employé ce médicament avec succès ; mais c'est un fait qui ne ressort pas évidemment du plus grand nombre des observations. On a prescrit aussi le chlorure de baryum *sous forme de grands bains.*

Sous-carbonate de potasse et de soude. — C'est encore là un médicament qui a été préconisé par un assez grand nombre de médecins, sans que nous puissions nous prononcer avec plus de certitude sur sa valeur. Parmi les préparations on a indiqué la potion suivante sous le titre d'*antiscrofuleuse :*

℞ Sous-carbonate de soude.................. 4 gram.

Faites dissoudre dans :

Eau de camomille.......................... 90 gram.

Ajoutez :

Sirop de gentiane......... 40 gram. | Teinture de quinquina...... 4 gram.

A prendre par cuillerées dans la journée.

Moyens divers. — Il est encore nombre de médicaments que nous pourrions citer. Nous passerons sous silence la *ciguë*, la *digitale*, le *charbon animal*, le *brome*, le *calamus aromaticus*, la *douce-amère*, etc., pour arriver à deux substances qui ont joui d'une assez grande réputation, nous voulons parler du *chlorure de chaux* et de l'*huile de foie de morue.* Le chlorure de chaux, qui a été principalement prescrit en Allemagne et en Angleterre, est donné à la dose suivante :

℞ Chlorure de chaux....... 2 gram. | Eau distillée...... ...... 90 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à thé toutes les deux heures.

Quant à l'*huile de foie de morue*, elle a été très-vantée dans ces derniers temps. On peut donner l'huile de foie de morue pure dans des capsules gélatineuses, comme on le fait pour le copahu. Ce mode d'administration a l'avantage d'éviter le dégoût extrême qu'elle occasionne à la plupart des malades. Boech la prescrit sous forme de *mixture.* Voici sa formule :

℞ Huile de foie de morue..
Sirop d'écorce d'orange.. } àâ 30 gram. | Eau distillée d'anis.......... 30 gram.
Essence d'acore vraie........ 3 gouttes.

Dose : une cuillerée deux ou trois fois par jour.

Lebert rapporte qu'il a obtenu de très-bons effets de l'huile de foie de morue, principalement dans l'*arthrite scrofuleuse* et les autres *maladies du système osseux.* Il n'a pas observé des effets semblables dans l'ophthalmie scrofuleuse, bien que d'autres auteurs, et en particulier Lombard (1), lui aient attribué une grande efficacité en pareil cas.

Suivant le même auteur, les *bains sulfureux* conviennent dans les affections

(1) Lombard, *Séances de la Soc. helvétique des sciences naturelles*, août 1845.

cutanées; l'*hydrothérapie*, conseillée par Bonnet (de Lyon), a des avantages réels (1). On prescrit aussi les *bains de mer*.

Il ne faut pas oublier les *eaux sulfureuses* prises à la source, et principalement les eaux de Baréges, qui ont procuré de nombreuses guérisons.

Le *grateron* (*Galium aparine*), déjà conseillé par Girolamo Gaspari et Cyrillo, contre les scrofules, a été vanté par Ferramosca (2).

Nous pourrions citer encore le *sirop antiscorbutique*, le *gaïac*, la *ciguë*, etc., etc.

On peut dire que ce sont encore les préparations d'iode, les préparations de feuilles de noyer et les eaux sulfureuses prises à la source, qui paraissent avoir la plus grande valeur; ce sont aussi celles dont on doit recommander principalement l'emploi.

La médication qui vient d'être exposée est composée presque entièrement de remèdes administrés comme spécifiques. Il est d'autres moyens qui, quoique n'agissant que dans le but de fortifier la constitution, ne sont peut-être pas les moins utiles. Ces moyens consistent d'abord dans un *régime* fortifiant, dans une nourriture abondante, composée principalement de viandes rôties; dans l'usage d'une quantité modérée de bon vin; dans l'*habitation* d'un lieu aéré, dans une chambre vaste facilement ventilée; dans un *exercice* journalier en plein air; en un mot, dans tout ce qui peut contribuer à rendre la constitution robuste. Les *bains froids*, recommandés par Cullen, Leid, Bordeu, etc., peuvent être utiles, en agissant dans le même sens; il en est de même des *bains d'eau salée*, et principalement des *bains de mer*, qui sont si souvent prescrits en pareil cas. Baudelocque insiste principalement sur ces moyens, qui seuls peuvent modifier suffisamment la constitution, et sans lesquels l'action de tous les remèdes prétendus spécifiques resterait presque toujours inutile.

Traitement de Baudelocque. — 1° Placer les malades dans des conditions atmosphériques convenables, c'est-à-dire dans un lieu bien éclairé, largement aéré, où il n'existe ni humidité ni aucune cause de viciation de l'air. 2° Administrer la solution suivante :

℞ Eau	90 gram.	Iodure de potassium	4 centigram.
Iode	25 centigram.		

A prendre dans la journée.

La dose précédente est donnée au début du traitement, puis on augmente la quantité de la solution, en la portant successivement à 120, 150, 180, 240, 300 et 360 grammes. Inutile d'en donner une plus grande quantité. 3° En même temps administrer des pilules de sous-carbonate de fer, à la dose de 30 centigrammes, matin et soir; s'il survient des engorgements, des ulcères, des fistules, etc., faire des frictions et des injections avec les solutions indiquées plus haut (voy. p. 395). 4° Trois fois par semaine, un grand bain composé ainsi qu'il suit :

Eau de puits	1 kilogr.	Iodure de potassium	20 gram.
Iode	10 gram.		

Versez cette solution dans une baignoire contenant 300 litres d'eau. Augmentez ou diminuez la dose, suivant qu'il faudra pour le bain une plus ou moins grande quantité d'eau commune.

(1) Bonnet, *Traité de thérapeutique des maladies articulaires*. Paris, 1853.
(2) Ferramosca, *Il Filiatre sebezio*, 1844.

Il n'a obtenu aucun succès de l'emploi du *sous-carbonate de potasse* et de plusieurs autres moyens préconisés par plusieurs médecins. Il fait usage des évacuants dans le but de chasser de l'économie les molécules viciées, qui se trouveront remplacées avantageusement sous l'influence du traitement.

Traitement de Le Pelletier (de la Sarthe). — 1° Faire prendre dans la journée plusieurs tasses de l'eau martiale factice préparée d'après la formule suivante :

℞ Limaille de fer ou vieux clous.	500 gram.	Écorce de Winter...............	4 gram.
Écorce d'orange..........	4 gram.	Carbonate de potasse............	2 gram.

Faites macérer pendant trois ou quatre jours dans :

Eau de rivière.................................. 1 kilogr.

2° Tous les jours, le matin, deux des pilules suivantes :

℞ Rhubarbe en poudre.....	àâ 2 gram.	Teinture de mars tartarisé...	q. s.
Écorce de cascarille......			

Faites quinze pilules.

3° Immédiatement après les pilules, prendre un quart de verre du vin amer de gentiane indiqué plus haut (voy. p. 390). Si l'individu est irritable, on administrera seulement, immédiatement après la pilule, une tasse d'infusion de houblon.

Les divers symptômes locaux devront attirer particulièrement l'attention du médecin. Lorsqu'il existe une carie, une nécrose, des ulcères, le traitement est spécialement du domaine de la chirurgie. Dans les cas où il y a des ophthalmies, un engorgement des ganglions, des tubercules de la peau, les onctions, les frictions avec les diverses pommades indiquées plus haut, sont les principaux moyens que l'on met en usage. Nous renvoyons le lecteur à l'ouvrage de Lebert, où il trouvera tous les détails qu'il peut désirer. Le traitement de la scrofule consiste plus dans l'emploi persévérant des moyens appropriés, et surtout dans les soins hygiéniques, que dans un groupe de moyens qu'on pourrait présenter dans une prescription. Il faut d'ailleurs que le praticien soit toujours prêt à varier ses formules et à graduer ses doses.

ARTICLE VI.

SYPHILIS.

§ I. — Synonymie.

[Mal napolitain, mal français, mal castillan, mal de Bordeaux, grosse vérole, gore, *lues venerea*, pian, etc. On trouvera dans l'historique de la syphilis les différents noms qui ont été donnés à cette maladie.

§ II. — Définition.

La syphilis est une maladie virulente inoculable dans l'espèce humaine, qui ne se développe pas spontanément et dont l'origine est inconnue. Elle reconnaît pour caractère initial une ulcération ou chancre qui se montre de douze jours à deux mois après l'inoculation. Cette période s'appelle incubation. Le chancre est la première manifestation active de la syphilis; dès lors l'organisme est infecté et

un traitement général peut seul arrêter les suites de la maladie. Des circonstances particulières tenant au climat, à l'hygiène ou à l'idiosyncrasie, peuvent influer sur les manifestations de la syphilis. Au chancre succèdent les accidents constitutionnels, lesquels se montrent à une époque qui peut dépasser plusieurs mois, et affectent la peau (roséole, syphilides), la gorge, l'anus et la muqueuse uro-génitale (plaques muqueuses, pustules ou papules); à partir de ce moment se rencontrent pendant une période indéfinie qui peut être aussi longue que la vie, des accidents qui semblent affecter non plus la surface mais la profondeur des tissus, le squelette lui-même, et des affections graves de la peau. La vérole est inoculable à la première et à la seconde période, c'est-à-dire par le pus du chancre, par celui des bubons, par les produits morbides de la période plus avancée (plaques muqueuses), et par le sang même des syphilitiques. Elle peut être transmise par la mère au fœtus contenu dans l'utérus, par les enfants aux nourrices et par les nourrices aux enfants; le vaccin pris sur des sujets syphilitiques, les instruments de travail contaminés peuvent transmettre la syphilis.

§ III. — Considérations générales.

Les maladies vénériennes occupent une large place dans le cadre nosologique. Elles ont été l'objet de nombreuses et fructueuses études, et il semble que notre époque ait vu redoubler les efforts faits de toute part par les médecins pour éclairer les points demeurés obscurs de cette importante question. Si les affections organiques dont le développement pour ainsi dire fatal obéit à des lois qui nous échappent, déconcertent les efforts de la thérapeutique, il n'en est pas de même des affections virulentes dont nous pouvons suivre pas à pas la genèse et le développement.

Parmi les maladies venues du dehors, acquises, il n'en est pas qui aient donné plus que celle-ci satisfaction à l'esprit de recherche et d'analyse, et si la médecine devait cesser d'être une science hypothétique, ce serait à l'étude des maladies virulentes que ce bienfait serait dû principalement. L'importance attribuée aujourd'hui aux maladies vénériennes ne s'explique pas seulement par le progrès que la médecine contemporaine a réalisé dans l'étude et dans le traitement de ces maladies; cette prédilection s'explique mieux encore par la quantité considérable d'affections morbides qui se produisent sous l'influence de ce point de départ et qui en sont des dépendances directes. Lorsque l'état diathésique qui en résulte a été mis en jeu, l'organisme appartient tout entier à la maladie vénérienne pendant une durée souvent fort longue. Une étude attentive des diathèses a permis de reconnaître quelle place importante y devait occuper la syphilis. La dermatologie, sous la féconde impulsion de l'école de l'hôpital Saint-Louis, est devenue une partie considérable de la médecine en général et principalement de la syphilographie. Non-seulement les maladies vénériennes sont mieux étudiées de nos jours, mais elles sont mieux interprétées; de plus, des faits entièrement nouveaux et d'une importance capitale sont venus, comme une révélation inattendue, s'ajouter aux faits anciens et compléter le tableau de cette maladie complexe. Une sorte de révolution s'est accomplie dans la syphilographie; le point de vue a changé, la doctrine s'est modifiée, et ce n'est plus une hypothèse c'est la vérité elle-même qui se fait jour et

s'impose. Ce mouvement irrésistible rend impossible toute conciliation, tout compromis entre le passé et le présent, et nous oblige à donner une description nouvelle des maladies vénériennes.

§ IV. — Historique.

La vérole existe-t-elle de toute antiquité, ou s'est-elle produite pour la première fois à la fin du XV[e] siècle? Telle est la question que se sont posée la plupart des auteurs qui ont écrit sur cette maladie. Elle ne saurait être résolue encore aujourd'hui malgré les importants travaux entrepris à ce sujet depuis quelques années. Cependant Follin (1) a produit des documents nombreux en faveur de l'ancienneté de la vérole, et a appuyé ces preuves de raisonnements solides. On peut dire qu'il a fait faire un pas de plus à la question. Rollet (de Lyon), un des syphilographes les plus éminents des temps modernes, a traité ce même sujet avec une grande érudition et un esprit critique sévère; il ne conclut pas pourtant comme Follin (2). Nous donnerons ici un aperçu historique des diverses opinions qui ont régné sur l'origine de la syphilis, et nous exposerons les faits sans parti pris.

S'il ne s'agissait que de traduire en une courte formule l'opinion du plus grand nombre et la tradition, sans recourir aux procédés exacts de la critique scientifique, nous dirions que la vérole a fait sa première apparition en Europe peu de temps après la découverte de l'Amérique. Longtemps on a cru que cette maladie avait été importée d'Amérique par les compagnons de Christophe Colomb. Cette interprétation plutôt populaire que scientifique n'a pu être justifiée. Elle flattait l'instinct des hommes, lesquels concluent volontiers d'une coïncidence à une relation de cause à effet, et qui, entre deux hypothèses choisissent plus volontiers celle qui suppose la maladie venant d'une cause extérieure, étrangère à l'organisme. La vérole importée était plus facilement acceptée que la vérole endémique en Europe de toute antiquité. Quant à la question de l'origine des maladies, elle ne saurait trouver ici sa place; historiquement on doit admettre que toutes les maladies n'ont pas fait leur apparition aux mêmes époques, et que quelques-unes sont de date récente.

Vers la fin du XV[e] siècle apparut, dans le sud de l'Italie, une maladie épidémique et contagieuse qui fit de grands ravages parmi les armées. Ce mal, inconnu alors, acquit les proportions d'une grande calamité, d'une peste, comme on disait alors. C'est entre l'année 1494 et l'année 1496 que se place cette épidémie. Un auteur moderne, Simon de Hambourg, en précise la date, qui serait le mois de février 1495. C'était le moment où les Français, venus en Italie sous la conduite du roi Charles VIII, occupaient le royaume de Naples. De là le nom de *mal français* que les Napolitains donnèrent à la maladie. De leur côté les Français l'appelèrent mal napolitain. Était-ce la vérole? Cela n'est plus mis en doute aujourd'hui. Fracastor, qui écrivait en 1546 (3) en vers et en prose sur cette maladie, qu'il nomma syphilis (du nom du berger Syphil, héros du poëme de *la Syphilis*), a décrit la maladie avec une grande vigueur de pinceau. Quelques passages de ses écrits, cités et com-

(1) Follin, *Traité élémentaire de pathologie externe*. Paris, 1861.
(2) Rollet, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1865.
(3) Fracastor, *Syphilides, sive de morbo gallico*. Vérone, 1530; *De morbis contagiosis*. Venise, 1546.

mentés par Rollet (*loc. cit.*), montrent les caractères essentiels de la syphilis : « Chez quelques-uns, dit-il, le mal commençait sans contagion ; chez d'autres, et c'était le plus grand nombre, il était transmis par contagion. Toute espèce de contagion ne suffisait pas pour lui donner naissance ; il fallait pour cela que deux corps se fussent échauffés ensemble, ce qui arrive notamment dans le coït. C'est aussi par le coït que la plupart furent infectés. Cependant bon nombre d'enfants contractaient la maladie en tetant leur mère ou leur nourrice infectée. Le mal ne se transmettait pas à distance. Il ne se manifestait pas tout d'abord, mais quelquefois au bout d'un mois, ou même de quatre. Toutefois certains signes annonçaient déjà que le mal existait en germe. »

Fracastor décrit des ulcères aux parties génitales, des pustules de la peau avec croûtes attaquant quelquefois le cuir chevelu, la destruction du nez, la perforation du palais, les tumeurs gommeuses, les douleurs ostéocopes nocturnes, l'alopécie, signe très-remarqué alors.

Astruc a réuni tous les matériaux servant à prouver que la vérole avait paru pour la première fois en Europe en 1495. Il cite un nombre considérable d'auteurs contemporains de cette épidémie et qui l'ont décrite *de visu ;* de cette longue liste nous extrayons les noms suivants : Joseph Grundbeck, 1496 ; Al. Benedictus, de Verone, Coradin Gilini et Nicolas Leoniceno, 1497 ; Montagnana, 1499 ; Gaspard Torella, 1500 ; Ant. Benevinio et Wendelin Hock, 1502 ; J. Catanée, 1505 ; Pierre Trapolinus, 1506 ; J. de Vigo, 1514 ; Pierre Maynard, 1516 ; Ulrich de Hutten, 1519 ; Jacques de Bethencourt, 1527 ; Laurent Phrisius, 1532 ; Pierre et André Matthiole, 1535 ; A. Ferri, 1537 ; Jérome Fracastor, 1546 ; Antoine Musa Brassavole, 1536 ; Sabellicus, 1506 ; Baptiste Fulgose, 1509 ; Guichardin, 1532 ; etc. C'était une opinion partagée alors par tout le monde, que la vérole était un mal nouveau. Les historiens de ce temps ne mettent pas le fait en doute ; parmi ceux-ci Rollet cite Vivès, mort en 1540 ; Bembo (*Histoire de Venise*), 1551.

Deux opinions sont en présence : ou la vérole existe de toute antiquité et n'a été bien observée qu'à la fin du XVe siècle, ou elle est moderne, et sa venue coïnciderait avec le retour des Espagnols venant de l'Amérique nouvellement découverte, et où ils auraient contracté la maladie.

L'origine américaine, soutenue par Astruc (1789), a longtemps été admise comme un fait à peu près certain. Sanchez (1785) (1) a prétendu démontrer que la syphilis existait dans l'ancien monde, de toute antiquité. Cette opinion, soutenue avec un grand talent par Follin (*loc. cit.*), semble destinée à prévaloir. Rollet admet seulement que les anciens ont connu quelques accidents locaux, tels que le chancre mou. Rosenbaum (2) a réuni un grand nombre de documents conformes à l'idée de l'antiquité de la vérole ; Cazenave (3) a adopté cette opinion.

D'après Follin, auquel nous empruntons une partie des démonstrations qui suivent, la vérole a existé dans l'antiquité et a été décrite par les poëtes et les historiens. Sans doute les descriptions n'embrassent pas l'ensemble de la maladie, et il faut, pour en retrouver le tableau, rassembler les traits épars dans des écrits différents et à des périodes très-distantes les unes des autres ; mais il faut savoir

(1) Sanchez, *Obs. sur les mal. vénér.* Paris, 1785.
(2) Rosenbaum, *Hist. de la mal. vénér. dans l'antiquité*, 1857.
(3) Cazenave, *Traité des syphilides*, 1843.

interpréter les descriptions incomplètes, les allusions, emprunter aux médecins, aux historiens, aux poëtes satiriques, aux documents religieux ; alors on est en possession d'un nombre de faits considérable et dont la signification est évidemment favorable à la thèse historique que soutient l'auteur. Un des meilleurs arguments qu'on puisse donner en faveur de cette interprétation a été fourni par Rollet, alors qu'il a montré la vérole décrite sous des noms variés, et méconnue, soit dans les temps modernes, à une époque déjà un peu éloignée, soit même de nos jours, dans des pays qui ne sont pas arrivés au même degré de civilisation que le nôtre. Nous donnerons plus loin l'exposé de ces faits, très-dignes d'intérêt, dont Rollet a doté la science, sans en tirer cependant lui-même cette conclusion.

N'est-il pas permis de penser qu'il en a été de la vérole comme de tant de faits d'histoire naturelle ? N'a-t-on pas décrit comme des individus différents et appartenant à des espèces séparées, le même être observé à différentes périodes ou métamorphoses de son existence ? Ces erreurs, longtemps accréditées, n'ont été détruites qu'après de longues périodes. De même pour la vérole, peut-être ; quelques observateurs ont connu d'abord les accidents génitaux ; d'autres ont vu les dartres, d'autres les accidents graves de la période avancée ; survient une épidémie à une époque où la médecine observe mieux, et la vérole est faite. Que les choses aient pu se passer ainsi, cela est admissible. Voyons les faits historiques cités par Follin.

Hippocrate (1) parle des ulcérations de la bouche, des fluxions sur les parties génitales, du gonflement des aines, des *fics* et des fongosités aux parties sexuelles, des grandes éruptions pustuleuses. Dans un livre de la médecine hindoue, l'*Ayurvedas de Susrutas*, traduit par le docteur Hessler (2), sont citées les maladies honteuses, les ulcères, les éruptions *in planta et palma*, les pustules profondes colorées, les bubons. Parmi les auteurs latins, Celse décrit le phimosis et les ulcères du gland. Il reconnaît deux sortes d'ulcères (*ulcera pura siccaque* et *ulcera humida et purulenta*). Il signale les ulcères phagédéniques et peut-être les ulcères serpigineux. Arétée (3) décrit les perforations du voile du palais. Galien signale le *psoriasis scroti*, sorte d'induration avec ulcères, les douleurs dans les os, qu'il appelle *ostéocopes*, les exostoses du crâne. Oribase parle des ulcères *pudendi* et *ani ;* Aetius, des divers ulcères des parties génitales. Marcellus Empiricus emploie les expressions suivantes : *Ulcera tibiarum quæ intrinsecus serpunt.*

Quelques passages relevés par Follin, dans le livre de Paul d'Égine, semblent aussi se rapporter à la vérole.

Si l'on puise ailleurs qu'aux sources médicales, on trouve dans l'histoire de l'Église, dans les prédications, les poëmes satiriques, des renseignements utiles. D'après Klein (4), les annales malabares feraient mention de la syphilis longtemps avant la découverte des Indes orientales, et en indiqueraient le traitement par le mercure. Le culte de Lingam (Priape indien) renferme un mythe, celui de Civa, lequel fut puni de son amour de la volupté par des ulcères qui rongèrent ses

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes*, t. III, livre III des Appendices. Trad. Littré.

(2) Susrutas, *Azurvedase id est medicinæ systema a venerabili D'hanvantare demonstratum a* Susruta *discipulo compositum*. Nunc primum ex sanskrita in latinum sermonem vertit Hessler. Erlangen, 1844 et 1850.

(3) Arétée, *De causis et signis acutorum morborum*, lib. I, cap. VIII.

(4) Klein, *De morbi Venerei curatione in India orientali usitata dissertatio*. Hafniæ, 1795.

organes génitaux, d'où naquit un mal qui se communiqua des femmes aux hommes. Natalis Cornes (1) rapporte que les Athéniens furent punis de leur négligence envers Bacchus de la même façon : « *Deus indignatus pudenda hominum morbo infestavit qui erat ille gravissimus.* » Dans les *Priapeia* on trouve un *ex-voto* contenant la nomenclature d'un grand nombre de maladies des organes génitaux. Les livres saints des Hébreux ne contiennent pas de description se rapportant exactement à la vérole, mais on y rencontre des allusions à des maladies vénériennes; la blennorrhagie y est positivement décrite.

Les poëtes satiriques latins, Martial, Juvénal, Perse, en énumérant les maux qui frappent les débauchés, parlent des ulcères honteux, de la voix rauque, de la perte du nez; Ammien Marcellin décrit l'apparence des débauchés : « Turpi sono fragosis » naribus introrsum reducto spiritu concrepantes. » Le *morbus campanus* dont parle Horace paraît avoir quelque ressemblance avec la syphilis.

Les preuves tirées des auteurs du moyen âge sont peu nombreuses; cependant Daremberg (2) cite un passage d'un auteur du IXe siècle où se rencontrent beaucoup de traits se rapportant à cette maladie, à propos de diverses lésions de l'anus: « Ragadas et hiantes glandulas, condolamatas, verrucas, et ibi pustias diversas in ma- » gnitudine granorum fabæ vel pisi, aliquando ut avellanæ fiunt — cum causa inter » pessimo loco et indecore sunt positi et non curati præcadunt, non solum anus » tumefit, sed et alia membra quæ prope sunt et veretri immunda vulnera et sordida » vel maligna inde fiunt. » — Il en est de même d'un passage emprunté à Richard l'Anglais au XIIIe siècle et cité par Littré. Guillaume de Salcet, vers la même époque, parle des ulcères de la verge, et des bubons (3). Lanfranc écrit un chapitre « *de fico et ulcere in virga virili.* » Bernard Gordon, Guy de Chauliac parlent des ulcères de la verge et de la vulve. Parmi les prétendues preuves historiques, il faut ne tenir compte que des plus importantes et négliger les arguments tirés de faits vagues et incompréhensibles. C'est dans cette catégorie qu'il faut placer les preuves tirées des lois de Moïse, du livre de Job, d'un passage d'Hérodote sur la maladie des Scythes, etc. — Il n'y a pas lieu non plus de commenter la calvitie et les cicatrices calleuses d'Auguste ni le *corona veneris* de Tibère.

On a cité pour prouver la transmission de la vérole à travers les âges quelques documents du moyen âge, tels que les ordonnances de Jeanne de Provence (1347) sur les maisons de prostitution, celles de Londres (Beckett) antérieures au XVe siècle sur le même sujet. Parmi les maladies épidémiques dont l'histoire a gardé le souvenir depuis douze siècles, il faut citer, au VIe siècle, le *lues venerea ;* en 945, le feu sacré qui avait succédé à l'invasion des Normands, et en 994, le mal des ardents; en 1130, une nouvelle épidémie de même nature. Melchior Robert, dans son excellent livre sur les maladies vénériennes (4), cite les ordonnances de 1371, 1388, 1402 sur les lépreux, l'épidémie de 1488 ; c'est une question qui a été fort controversée que celle de la lèpre. Quelques auteurs ont voulu voir dans ces ulcères de la face, dans ces lèpres de tout le corps, qui survinrent à la suite des croisades

(1) Cornes, *Mythologie.* Francfort, 1588.
(2) Daremberg, *Annales des maladies de la peau et de la syphilis,* t. IV, p. 275.
(3) Guillaume et Salicet, *La Cyrurgie.* Lyon, 1492.
(4) Robert, *Nouveau traité des maladies vénériennes*, d'après les documents puisés dans la clinique de M. Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille, 1861.

et nécessitèrent de grandes mesures de salubrité publique (léproseries, maladreries, isolement), la preuve que la vérole avait sévi à cette époque. Cette question est fort controversée. Parmi ces maladies il en est qui n'avaient aucun rapport avec la vérole, telles que l'éléphantiasis.

On peut laisser de côté la question controversée de l'antiquité de la vérole. La préexistence des maladies qui, circonscrites dans des espaces limités, dans des milieux restreints, de toute antiquité, feraient une subite explosion et s'étendraient à un moment donné à une grande masse d'hommes, est un fait qui n'est pas sans précédents dans l'histoire. Nous devons abandonner à l'avenir le soin de dire le dernier mot sur ces questions obscures. Quoi qu'il en soit, le véritable point de départ de l'étude de la vérole date de la fin du XV[e] siècle, et il y a presque unanimité parmi les auteurs contemporains sur la nouveauté de cette maladie. D'où venait-elle? — Oviedo, en 1535, dans un rapport adressé à Charles-Quint sur le nouveau monde, attribue l'origine de la vérole au contact des Européens avec les Indiens des Antilles. Le fanatisme de cette époque s'accommoda aisément de cette opinion qui rendait responsables d'un fléau horrible les pauvres peuples prétendus idolâtres que les conquérants traitaient avec tant de cruauté. Des médecins éminents, tels que Fabrice de Hilden, Fallope, Fernel, crurent à l'origine américaine de la vérole. Astruc, plus tard (1736) (1), s'empara de cette thèse et l'appuya d'une érudition solide. Cullen (2), Van Swieten et Haller admirent la réalité de cette origine : Sanchez soutint la thèse contraire et rompit une tradition qui péchait par la base. Robert (*loc. cit.*), dans un chapitre sur l'histoire de la syphilis, discute les preuves, et se range à l'avis de Sanchez. D'après Robert, la vérole existait déjà en Italie avant le retour des Espagnols d'Amérique. Fulgosi dit qu'en 1492 on découvrit une nouvelle maladie que les Italiens appelèrent *mal français*. A ce moment, il y avait à Rome et dans toute l'Italie des maladies épidémiques de nature contagieuse. Les Espagnols qui revinrent les premiers d'Amérique, dit Robert (*loc. cit.*), n'avaient pas la vérole. Ce sont, plus tard, les compagnons de Colomb et les soldats de Gonzalez de Cordoue (1494) qui en furent atteints; il y en eut parmi ceux-là qui allèrent (1495) combattre l'armée de Charles VIII à Naples. La preuve tirée de ce que, d'après Ferdinand Colomb, lorsque son père retourna, en 1498, à Saint-Domingue, il y trouva les Espagnols en proie au mal français, ne prouve pas l'origine américaine de la maladie, car ceux-ci avaient pu l'apporter d'Europe.

D'après Sanchez, le mal français serait né, en 1493, au centre de l'Italie. Il semble que cette violente épidémie italienne qui se prolongea pendant plusieurs années et se propagea par le retour des troupes étrangères en France, en Espagne et dans toute l'Europe, ait été compliquée de diverses maladies. C'est à cette époque que l'on décrit pour la première fois la morve, qui apparut, d'après Parazzez, au siége de Naples en 1494.

Parmi les hypothèses nées à l'occasion de l'origine de la vérole, il en est une qui attribue le transport de cette maladie aux peuplades chassées d'Espagne au

(1) Astruc, *De morbis venereis*. Parisiis, 1736.
(2) Cullen, *Éléments de médecine pratique*, traduits de l'anglais par Bosquillon. Paris, 1787, t. II, p. 615.

XVe siècle. Cette opinion n'est appuyée sur aucun fait positif et doit être reléguée parmi ces traditions vagues qui encombrent les voies historiques.

Nous dirons en quelques mots comment la syphilis enfin dégagée de l'obscurité qui l'enveloppait au début de l'épidémie complexe du XVe siècle, se montra seule, fut observée méthodiquement, et devint l'objet des études les plus multipliées et les plus considérables. Les plus grands noms de la médecine moderne appartiennent à l'histoire de la syphilis. Cette maladie virulente, si intéressante par ses effets, si nette dans son mode de développement, a exercé la sagacité des plus grands esprits, et la médecine est plus avancée sur ce point que sur tout autre.

Avant de pénétrer dans l'histoire de la syphilis depuis le XVe siècle jusqu'à nos jours, il nous semble utile de citer les faits recueillis et commentés par Rollet, de Lyon (1), sur certaines épidémies isolées et confinées de syphilis qui ont été observées à diverses périodes de l'époque moderne. Sous le nom de maladie de Brunn, Thomas Jordan décrivait, en 1578, une épidémie de syphilis qui avait éclaté à la suite de l'application de ventouses scarifiées faites sur plusieurs personnes. On supposa que l'instrument avait transmis la maladie ; plus de trois cents personnes en furent atteintes. En 1800, le docteur Cambieri publiait une histoire de la maladie dite de Scherlievo ou de Fiume ; elle avait pour symptômes, des éruptions, des angines spécifiques, des ulcérations du voile du palais, des douleurs ostéocopes, des ulcères serpigineux. Cette maladie qui avait atteint plusieurs milliers de personnes durait depuis très-longtemps. Plus récemment, cette même maladie provoqua une enquête à laquelle prirent part un grand nombre de médecins, entre autres les docteurs Bagneris, Hendler, Massich, Boué, Sigmund (1855), Felice Grauch (1862). On a compté jusqu'à 3 ou 4000 malades. Un hôpital spécial a été fondé à Portore pour éteindre cette endémie. Il en est de même de l'épidémie de Facaldo étudiée d'abord par le docteur Becchinelli, puis par Sigmund ; elle durait depuis 1786 ; et cette maladie, qui était la syphilis méconnue, était appelée du lieu où elle régnait, *Facaldina*. Le *Sibbens* (d'Écosse) ou *Siwens* ou *Yaws*, décrit par Gilchrist d'abord (1771), puis par Benjamin Bell, doit être également rattaché à la syphilis.

Il règne en Norvége une maladie qui a porté le nom de *radezyge* et dont le docteur Bœck a donné une description en 1860 (2) ; ce mot signifie mal immonde.

Elle débuta en 1710 à la suite du séjour d'un vaisseau russe à Stavanger (Norvége). Observée en 1758 par Honoratius Bonnevie, elle se propagea rapidement par le coït, par le contact des nourrissons avec les nourrices, et réciproquement : elle donna lieu à des enquêtes ecclésiastiques et administratives. En 1771 une commission composée de médecins de Copenhague, parmi lesquels étaient les docteurs Deegen, Steffens, Tychsen, en reconnut la nature syphilitique. Des hôpitaux spéciaux furent fondés, et de nombreux travaux furent publiés sur cette question. La même maladie a régné épidémiquement en Esthonie et dans le Jutland. Sous le titre de *mal kabyle* ou syphilis du Djurjura, les docteurs Vincent (1862), Deleau,

(1) Rollet (de Lyon), *Recherches sur plusieurs maladies de la peau réputées rares et exotiques, qu'il convient de rattacher à la syphilis* (*Arch. de méd.*, 1861, et *Traité des mal. vénériennes*, 1865).

(2) Bœck, *Traité de la radezyge*. Christiania et Paris, 1860.

Dega (1), ont publié des mémoires où la nature syphilitique de l'affection est démontrée. Le mal de la baie de Saint-Paul (Canada), appelé en 1770 *mal anglais*, qui en 1785 avait atteint 5800 personnes, fut comparé par Swediaur à la vérole du XVe siècle ; une semblable épidémie fut observée aux îles Moluques en 1718.

Sous le nom de *pian*, *yaws*, *frambœsia*, on a décrit des éruptions, des fongosités observées sur les nègres d'Afrique, soit dans leur pays d'origine, soit aux colonies. Cette maladie, qui a de grandes analogies avec la syphilis, paraît avoir existé dans la race nègre depuis une époque très-reculée ; Sydenham et Astruc pensaient qu'elle était de beaucoup antérieure à l'apparition de la syphilis en Europe. Ainsi la syphilis a pu porter différents noms et même affecter des formes variées suivant les lieux et les races, et si elle a pu être méconnue dans les temps modernes, à plus forte raison s'explique-t-on comment au moyen âge et dans l'antiquité, elle a été le plus souvent confondue avec d'autres maladies et incomplétement décrite.

Époque moderne. — Les écrivains du XVIe siècle, Fracastor, Jean de Vigo, Pierre Mayrand, Massa, décrivirent successivement les symptômes les plus frappants de la vérole, sans en indiquer la succession nécessaire. La terreur inspirée par cette maladie qui subitement avait fait un si grand nombre de victimes et s'était étendue sur toute l'Europe, engendra d'abord une opinion fort exagérée sur la puissance et sur la facilité de sa transmission. On crut qu'elle se propageait par le souffle, et le cardinal Wolsey atteint de syphilis, à ce que l'on croyait, fut mis en jugement pour avoir parlé à l'oreille du roi Henri VIII. La médecine ne peut appliquer à une maladie nouvelle que les théories régnantes ; il ne faut donc pas s'étonner que tant d'hypothèses erronées aient été émises sur la nature de la syphilis. Le premier auteur qui ait nettement défini la syphilis et qui en ait donné une description exacte est Fernel (2), lequel la décrit en ces termes, après l'avoir comparée au virus rabique : « Efficiens ejus causa venenata est atque perniciosa labes, quæ, in quacumque corporis parte primum insederit, eam contaminat. Qui venereo complexu » jungitur cum inquinata, a pudendis luem contrahit ; qui effusiore osculo salivam » exceperit, ab ore. Nutrix a qua pollutus infans lac sujit, a mammis ; infans ore et » faucibus, si nutrix infecta. Obstetrix quæ infectæ parturienti opem tulisset, a manu » quæ tandem excidit. » Il décrit ainsi le processus morbide : « Cuicumque parti» culæ lues primum insederit, illic inhærens pustulam excitat, interim et ulcusculum » inde longius prorepens radices figit ; sensimque partium continuatione adaucta, » interiora subit, et ad extremum (in medicamentum adhibueris) furore corpus » universum vastat atque depopulatur. »

Il indique la nécessité de rechercher le point de départ ou l'accident initial de la maladie : « etenim quoniam non nisi attactu contrahi potest necesse est labes aliqua » in ea primum parte comparuerit, per quam insertum est virus. » Il admet l'unité du virus, et reconnaît à la maladie trois périodes ou degrés. On ne peut s'empêcher d'admirer la précision des idées de Fernel sur la vérole. Il a connu cette maladie et l'a décrite mieux qu'on ne l'avait fait avant lui et que ne l'ont fait depuis la plupart des syphilographes. Il ne lui a manqué pour dire le dernier mot sur cette question que la méthode expérimentale. C'est avec raison qu'un syphilographe de

(1) Dega, *Archives générales de médecine*.
(2) Fernel, *De luis venereæ curatione*, 1557.

nos jours, Langlebert (1), dit du livre de Fernel : « On ne sait ce qu'on doit le plus admirer, ou du profond génie de son auteur, ou de l'étonnante ressemblance qu'on y saisit malgré soi, entre la doctrine du médecin de Henri II, et quelques-uns des principes découverts, il y a vingt ans, par l'école de l'hôpital du Midi. » C'est là une coïncidence qui montre du moins quelles intermittences subissent les découvertes dans les sciences d'observation, et combien un seul homme peut être en avance sur ses contemporains et même sur ceux qui le suivent. Fallope, en 1564 (2), décrivait plus exactement qu'on ne l'avait encore fait les éruptions syphilitiques. En 1728 Boerhaave reprenait les idées de Fernel et leur restituait l'autorité qu'elles n'auraient jamais dû perdre. Astruc (3) publia ensuite un livre remarquable par l'érudition et soutint l'origine américaine de la vérole. Van Swieten, en 1743, continuait l'œuvre de Fernel et celle de Boerhaave. En 1758, Sanchez accumulait les preuves pour démontrer que la syphilis n'avait point été importée d'Amérique (4).

L'année 1786 est une date mémorable dans l'histoire de la syphilis ; c'est là que commence, avec John Hunter (5), la méthode expérimentale. Ce grand médecin, dont le nom a été attaché à l'une des manifestations les plus importantes de la syphilis (chancre huntérien), pratiqua l'inoculation. Il se soumit lui-même à cette épreuve. Il reconnut le chancre comme accident initial, et c'est avec le pus du chancre qu'il pratiquait l'inoculation. Il professait que le virus entré par *absorption* dans l'organisme y produisait l'*infection*, puis la *disposition*, et enfin l'*action* ou *manifestation* syphilitique. C'est à cette époque que l'on distingue la blennorrhagie de la syphilis. Swediaur, qui a créé le mot de blennorrhagie, pratiqua l'inoculation et distingua les écoulements blennorrhagiques des écoulements inflammatoires (6). Hunter, égaré par une expérience trompeuse, avait cru à la possibilité de la transmission de la syphilis par la blennorrhagie. Balfour, en 1767, puis Tode, en 1774, enfin B. Bell (1793) (7), démontrèrent l'existence séparée des deux virus blennorrhagique et syphilitique. Bell avait pratiqué et encouragé les inoculations. Cependant il n'avait pu élucider la question des gonorrhées rares qui engendrent la syphilis (chancres de l'urèthre). Hernandez, en 1812, publia un essai sur la non-identité des virus gonorrhéique et syphilitique (8). Ce travail avait pour base de nombreuses inoculations pratiquées sur la chiourme à Toulon. Carmichael, en 1814, prétendit démontrer quatre formes spéciales de syphilis (9). La doctrine de Broussais, sur l'irritation, réagit sur la doctrine des syphilographes de la pre-

(1) Langlebert, *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1864.

(2) Fallope, *De morbo gallico*. Padoue, 1564.

(3) Astruc, *De morbis venereis*, 1736 ; traduit en français par A. F. Jault.

(4) Sanchez, *Dissertation sur l'origine de la maladie vénérienne, dans laquelle on prouve qu'elle n'a point été apportée d'Amérique, etc.* Paris, 1758.

(5) Hunter, *A treatise on the venereal disease*. London, 1786, in-4° souvent réimprimé. Voyez *Traité de la maladie vénérienne*, édition française de Richelot avec notes de Ricord. Paris, 1843 ; 3e édition, 1859.

(6) Swediaur, *Observations sur les maladies vénériennes*, traduction. Paris, 1785.

(7) B. Bell, *Traité de la gonorrhée virulente ou de la maladie vénérienne*, traduit de l'anglais par Bosquillon. Paris, an X.

(8) Hernandez, *Essai analytique contre la nature syphilitique de la gonorrhée dite virulente*. Paris, 1812, in-8.

(9) Carmichael, *An Essay on venereal diseases and the uses and abuses of mercury in their treatment*. London.

mière moitié de ce siècle et engendra les travaux de Jourdan (1826) (1), Richond des Brus (2) et Desruelles (1836) (3). A côté de ces travaux, où la doctrine tenait trop de place, et où l'esprit de parti dominait, se placent les recherches pratiques de Vacca Berlinghieri (4), Petit-Radel (5) et des Cullerier (6). A une époque plus rapprochée de nous, Vidal (de Cassis) soutint la théorie de la blennorrhagie syphilitique sans chancre (7).

Il nous reste maintenant à examiner les travaux contemporains, et principalement ceux de Ricord, qui a occupé une place considérable dans l'histoire de la syphilis.

La saine pratique et le remarquable esprit d'observation de Fernel, la méthode de Hunter, les expériences de Swediaur et Bell n'avaient pu triompher des doutes et des objections que faisaient naître à chaque instant les manifestations multiples et variées du protée syphilitique. La spécificité du chancre comme accident primitif, l'existence du virus syphilitique, la distinction entre la blennorrhagie et la syphilis, tout était remis en question. Lorsque Ricord entreprit ses premiers travaux sur les maladies vénériennes en 1832, il se trouva en présence de l'école qui s'intitulait *identiste* et qui confondait ensemble presque tous les accidents vénériens, faisant table rase des axiomes acceptés par la plupart des syphilographes de la fin du siècle dernier. Cette école avait pour représentants Lagneau (8), Devergie (9), Alph. Cazenave (10), Vidal (de Cassis) (11). Ricord entreprit de formuler les lois de la syphilis. Il fit marcher de front l'expérience clinique et les inoculations. Il publia successivement son *traité de l'inoculation* (1838) (12), son *iconographie* (1842, 1851) (13), ses *Lettres* (14), et une édition annotée de Hunter (15).

(1) Jourdan, *Traité complet de la maladie vénérienne*, contenant l'exposition de ses symptômes et de son traitement rationnel, d'après les principes de la médecine organique. Paris, 1826.

(2) Richond des Brus, *De la non-existence du virus vénérien, prouvée par le raisonnement, l'observation et l'expérience; avec un traité théorique et pratique des maux vénériens*. Paris, 1829.

(3) Desruelles, *Traité pratique des maladies vénériennes*. Paris, 1836. — *Lettres écrites du Val-de-Grâce sur les maladies vénériennes et sur le traitement qui leur convient*, 3e édition. Paris, 1847.

(4) Vacca Berlinghieri, *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1800.

(5) Petit-Radel, *Cours de maladies syphilitiques, ou histoire des affections tant aiguës que chroniques, dérivées d'une infection vénérienne, avec leurs symptômes et leur traitement*. Paris, 1812.

(6) Cullerier neveu, divers articles in *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, 1829-1836. — Auguste Cullerier, thèse inaugurale et mémoires divers in *Mémoires de la Société de chirurgie; Précis iconographique des maladies vénériennes*, 1832.

(7) Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853.

(8) L. V. Lagneau, *Exposé de diverses méthodes de traiter la maladie vénérienne et leurs différentes modifications*. Paris, 1808. La 6e édition (Paris, 1826) porte le titre : *Traité des maladies syphilitiques*.

(9) Alph. Cazenave, *Traité des syphilides ou maladies vénériennes de la peau*. Paris, 1843.

(10) Aug. Vidal (de Cassis), *Traité des maladies vénériennes*. Paris, 1853.

(11) Devergie, *Clinique de la maladie syphilitique, enrichie d'observations* communiquées par Cullerier oncle et neveu, Bard, Gama, etc., Paris, 1833.

(12) Ricord, *Traité pratique des maladies vénériennes, ou recherches sur l'inoculation appliquée à l'étude de ces maladies*. Paris, 1838, in-8.

(13) Ricord, *Clinique iconographique de l'Hôpital des vénériens*, recueil d'observations suivies de considérations pratiques, etc. Paris, 1842-1851.

(14) Ricord, *Lettres sur la syphilis*, 3e édit., 1863.

(15) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, traduit de l'anglais par G. Richelot, avec de nombreuses annotations par Ph. Ricord, 1843; 3e édition, 1859.

Il examina les femmes au spéculum, et trouva sur un même sujet le chancre et la blennorrhagie ; il démontra le chancre de l'urèthre, et expliqua ainsi les erreurs des *identistes*. Quant à lui il s'intitula *uniciste*. Il chercha le chancre sur toutes les parties du corps et prouva qu'il n'y avait pas d'autre voie à la syphilis que le chancre. Il fit des expériences sur la non-inoculabilité du pus de bubon gonorrhéique et du pus d'ophthalmie blennorrhagique. Il créa l'expression de *chancre larvé* pour désigner le chancre méconnu de l'urèthre. Sa doctrine peut se résumer en quelques propositions :

1° Le chancre naît du chancre seul ; 2° la blennorrhagie est un accident inflammatoire qui n'est pas nécessairement spécifique et qui peut naître soit d'une blennorrhagie, soit d'une irritation ; 3° le pus du chancre est seul inoculable ; 4° le pus d'une muqueuse non ulcérée n'est pas inoculable ; s'il s'inocule c'est qu'il y a chancre larvé ; 5° le chancre seul, et non la blennorrhagie, transmet la vérole ; 6° le chancre ne donne ni l'arthrite, ni l'ophthalmie, ni l'épididymite, accidents qui dépendent de la blennorrhagie ; 7° les végétations ne sont pas syphilitiques ; 8° il n'y a pas de bubon d'emblée.

Ricord reconnut la marche régulière de la vérole, et professa que le chancre était la première manifestation de la vérole, qu'ainsi on ne pouvait enrayer la maladie une fois qu'elle s'était traduite par cet accident initial. Détruire le chancre était inutile ; restaient les ressources du traitement. L'œuvre de Ricord a été suffisante pour donner à son nom une juste célébrité ; il n'a ni tout vu ni toujours vu la vérité. Pendant longtemps il a cru que le chancre était toujours semblable à lui-même ; il n'a pas su reconnaître la transmissibilité des accidents secondaires (1), ce qui le conduisait à nier la transmission de la vérole des nourrissons aux nourrices dans la plupart des cas, et ce n'est pas à lui non plus que revient l'honneur d'avoir montré la syphilis inoculée par la vaccination (2) ; cependant on ne peut nier que Ricord n'ait rendu de grands services à la science et n'ait droit à occuper une place considérable dans l'histoire de la syphilis. Parmi les découvertes contemporaines il en est une à laquelle Ricord s'est rallié en lui prêtant l'autorité de son nom, c'est celle de la *dualité chancreuse*, établie d'abord par Bassereau (3) en ces termes : « Il existe deux espèces de chancres complétement distinctes et indépendantes l'une de l'autre ; l'une appartient à la syphilis, dont elle constitue le symptôme initial ; l'autre, au contraire, est complétement étrangère à la vérole. » Le docteur Clerc créa vers la même époque l'expression de chancroïde (4), admettant deux chancres, dont l'un, le chancroïde, était un dérivé et une atténuation de l'autre, hypothèse

(1) Consultez : *De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires de la syphilis*, communications à l'Académie de médecine par Ricord, Bégin, Malgaigne, Velpeau, Depaul, Gibert, Lagneau, Larrey, Michel Lévy, Gerdy, Roux, avec les communications de MM. Auzias-Turenne et C. Sperino à l'Académie des sciences de Paris et à l'Académie de médecine de Paris. Paris, 1853.

(2) Consultez : *De la syphilis vaccinale*, communications à l'Académie impériale de médecine par Depaul, Ricord, Blot, Jules Guérin, Trousseau, Devergie, Briquet, Gibert, Bouvier, Bousquet, suivies de *Mémoires sur la transmission de la syphilis par la vaccinatian et la vaccination animale*, par A. Viennois (de Lyon). Pellizzari (de Florence), Palasciano (de Naples), Philippeaux (de Lyon), et Auzias-Turenne. Paris, 1865.

(3) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852.

(4) Clerc, *Du chancroïde syphilitique* (*Moniteur des hôpitaux*, 1855).

qui fut combattue par Cullerier (1). L'école de Lyon, représentée par Diday (2), Rollet (3) et Rodet, soutint la dualité du virus syphilitique. Cette question fut l'objet de plusieurs mémoires importants publiés par Alfred Fournier (4).

L'époque actuelle a été féconde en travaux expérimentaux sur la syphilis. Après l'exposé qui précède on ne connaît qu'une partie de cette vaste question. Il ne suffirait pas d'avoir démontré que la syphilis était une et constante dans ses manifestations, qu'elle pouvait être à coup sûr distinguée d'autres affections voisines, telles que la blennorrhagie et les végétations des organes génitaux et de l'anus; qu'elle présentait des lésions *sui generis*, qu'elle résultait d'un virus inoculable dont la première manifestation apparente était le chancre. C'était déjà circonscrire la question et la renfermer dans un cercle étroit. Dès lors étudiant la maladie dans sa marche générale, dans la succession de ses symptômes, procédant par expérience directe (inoculation du chancre), on put montrer le rapport des accidents entre eux et leur succession nécessaire; on étudia mieux le chancre, et Ricord insista sur le caractère d'induration que présentait cet accident initial. Chancre induré devint synonyme de chancre infectant. Cette induration fut comme la caractéristique et la condition *sine quâ non* du chancre véritable, c'est-à-dire de celui qui devait être suivi d'une syphilis constitutionnelle. Cependant tous les chancres ne sont pas indurés et il fallait trouver la place nosologique des chancres mous, en indiquer la valeur et la cause; l'anatomie pathologique du chancre en lui-même, l'étude des régions où cet accident peut se montrer, les circonstances locales qui peuvent influer sur ce caractère d'induration, étaient autant de problèmes d'une solution lente et indécise.

D'autres *desiderata* plus importants réclamaient une enquête scientifique : faire procéder la vérole du seul chancre et n'admettre point qu'un autre accident syphilitique pût s'inoculer, se refuser à admettre la transmission des accidents secondaires, par exemple, dans le cas de contact entre un enfant nouveau-né infecté héréditairement et une nourrice saine, dans les cas d'angine syphilitique inoculée par les baisers, c'était aller contre l'observation quotidienne, c'était lutter contre des faits qui devinrent si nombreux qu'il s'imposèrent. Ce fut bien pis lorsque l'inoculation du sang de syphilitique et la transmission de la vérole par la vaccination furent connues. Un grand mouvement se fit alors et l'école de Ricord fut débordée, elle ne put transiger, et l'opinion passa outre, non sans reconnaître les mérites des travaux dont Ricord avait enrichi la science.

Ce fut sur le chancre que la discussion s'établit d'abord. On vit que le chancre n'était pas toujours et invariablement suivi de l'infection syphilitique, et que le caractère d'induration n'était pas assez constant, assez démonstratif, pour qu'on pût en faire la base du diagnostic. Ricord pensait que la différence dans les apparences des chancres tenait surtout à la constitution, à l'idiosyncrasie de l'individu, et non

(1) Cullerier, *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1855.

(2) Diday, *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*. Paris, 1858. — Diday et Rollet, *Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau*, 1859.

(3) Rollet, *De la pluralité des maladies vénériennes*. Paris, 1860. — *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennorrhagie, et principes nouveaux d'hygiène et de médecine légale appliqués à ces maladies*. Lyon, 1861, in-8, et atlas. — *Traité des maladies vénériennes*, 1865.

(4) Fournier, *Recherches de la contagion du chancre* (thèse, 1857), et *Leçons* de Ricord *sur le chancre*, par Fournier. Paris, 1860.

à la spécificité seule de l'accident initial. Un chancre pouvait en engendrer un autre d'un caractère différent en changeant de terrain. Or on reconnut que le chancre se reproduisait avec ses caractères propres quels qué fussent les sujets inoculés. Il fallait faire une restriction en ce qui concernait les gens déjà atteints de syphilis constitutionnelle ou confirmée. En 1852, Bassereau, dans un excellent travail qui a influé beaucoup sur la direction des travaux modernes en syphilographie (1), distingua deux formes de syphilis, l'une moderne, l'autre ancienne. Celle-là caractérisée par le chancre induré et par l'infection constitutionnelle, donnant lieu au chancre induré et au bubon non suppuré; l'autre maladie, locale, caractérisée par le chancre simple suivi ou non du bubon suppuré. L'unité de la syphilis cessait d'exister, ou plutôt on distinguait la vraie syphilis de la fausse. Le docteur Clerc (2), en 1854, désigna sous le nom de chancroïde, le chancre simple non infectant, qu'il considéra non comme une espèce à part, distincte, parallèle à l'autre et provenant d'un virus *sui generis*, mais comme une dégénérescence du chancre induré.

Le chancre, d'après cette théorie, ne pourrait plus s'indurer lorsqu'il serait transmis à un individu déjà diathésé, et deviendrait alors mou (chancroïde). Il pourrait cependant, transporté à un individu non diathésé, reprendre sa première énergie, ses propriétés infectantes, s'indurer et préluder à la syphilis constitutionnelle. Telle était l'interprétation donnée par Diday à des cas où le chancre mou avait été inoculé et avait produit la syphilis (3); ce chancre fut nommé par Diday *induroïde*.

Une opinion mixte vint à surgir, ou plutôt des faits jusque-là confondus furent séparés par Rollet (de Lyon). Cet auteur qui fait école et qui occupe aujourd'hui une place considérable dans la syphilographie, décrivit le chancre mixte (4).

§ V. — Du virus syphilitique.

La syphilis se transmet d'homme à homme par contagion directe, non par infection à distance. Le contact est nécessaire et peut-être même la dénudation de l'épiderme ou de l'épithélium, pour que la transmission ait lieu. Dans cette action de l'homme malade sur l'homme sain, un agent morbide visible et tangible intervient, cet agent c'est le plus souvent le chancre, quelquefois c'est une plaque muqueuse ou une lésion syphilitique secondaire de la peau ou des muqueuses, plus rarement c'est le sang même du syphilitique. Voilà ce qui est constaté. Ces divers agents matériels de la transmission examinés à l'œil nu, au microscope, ou dans le creuset du chimiste, ne nous livrent point le secret de leur action spécifique, et nous supposons, d'après leurs effets, qu'ils sont le véhicule d'un agent qui échappe à l'analyse et que nous appelons *virus*. Les anciens appelaient cet agent *esprit* ou *souffle* (*spiritus*), matière subtile, etc. Aujourd'hui quelques-uns l'appellent *ferment*, *agent de catalyse*. Tous ces vains mots n'avancent pas nos connaissances. Le véritable réactif des virus c'est l'organisme lui-même, réactif aussi sûr, aussi

(1) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852.
(2) Clerc, *Du chancroïde syphilitique*, 1854.
(3) Diday, *Exposé critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis*. Paris, 1858.
(4) Chaballier, *Pluralité des maladies vénériennes*. Paris, 1860.

constant dans ses manifestations, que le plus sûr des réactifs chimiques. Ce que nous disons de la vérole peut être dit de toutes les maladies virulentes, morve et farcin, variole, rage, et des maladies infectieuses et contagieuses, telles que le choléra, la peste, la fièvre jaune, le typhus, la fièvre puerpérale, etc. La découverte qu'a faite récemment Davaine (1) de bactéries dans le sang des animaux inoculés avec le *sang de rate* permet d'espérer que d'autres maladies virulentes livreront le secret de leur contagion, et que plus d'une est parasitaire. Les recherches des anatomistes modernes n'ont pas permis de découvrir dans le pus du chancre autre chose que l'élément épithélial, les globules blancs altérés, des matières grasses, des éléments fibro-plastiques et quelquefois des êtres végétaux ou animaux inférieurs qui peuvent se développer dans toutes les plaies.

Nous rappelons ici les noms successivement donnés au virus syphilitique, *lues venerea*, teinture vénérienne, poison animal, délétère, agent subtil, levain, vapeur vénéneuse, poison morbide (J. Hunter).

Il est inutile de discuter ici la question insoluble du mode d'absorption du virus à travers l'organisme. Ricord s'est contenté d'une ombre d'explication quand il a dit : « La syphilis constitutionnelle est le résultat de l'absorption matérielle du virus syphilitique : l'expérimentation, l'analogie et l'observation démontrent que c'est par le mélange direct au sang que l'empoisonnement général a lieu, soit que celui-ci ait été ou non précédé de l'absorption par les lymphatiques.

La *force*, l'intensité du virus ne peuvent être calculées; le virus est un, et il n'y a point d'espèces ni de qualités différentes de virus. Il peut y avoir, suivant les climats, les races, les habitudes, la constitution médicale, le tempérament et mille circonstances accidentelles, des modifications dans l'intensité et les effets du virus. John Hunter disait avec raison, du virus vénérien, que le même pus affecte différemment des personnes différentes. « Les symptômes différents, dit-il, que l'on observe chez les divers sujets dépendent de la constitution et de l'état général de l'économie au moment de l'infection. Ce qui a lieu dans l'inoculation de la variole corrobore cette opinion : que le malade sur lequel on recueille le pus variolique présente des symptômes graves ou bénins, qu'il ait un grand nombre de pustules ou qu'il en ait très-peu ; que la variole soit confluente ou discrète, que le pus soit introduit en petite ou en grande quantité, l'effet produit est toujours le même. » Aux mots résorption, infection, on substitue aujourd'hui volontiers ceux d'intoxication ou de toxhémie, lesquels n'ont pas plus de sens.

La quantité du virus nécessaire à l'inoculation ne peut être appréciée ; aucune expérience n'a pu être faite à cet égard. L'infiniment petit, l'impondérable si cher aux disciples d'Hahnemann, trouverait presque ici sa place ; cependant une lancette bien essuyée n'inocule pas la syphilis, et si petite que soit la quantité du virus, elle ne saurait tomber au-dessous de cet élément qu'on appelle une cellule ou un globule sanguin.

« Le virus syphilitique, dit Rollet, entre dans l'organisme en quantité souvent infinitésimale ; puis, à un moment donné, toute l'économie en est pour ainsi dire imprégnée ; en sorte qu'un phénomène très-remarquable s'est passé dans l'intervalle, phénomène essentiellement caractérisé par la multiplication du virus ; évi-

(1) Davaine, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1864.

demment c'est l'organisme qui a fourni au virus les matériaux de cette prodigieuse multiplication ; et, peut-être, lorsque la maladie est abandonnée à elle-même et qu'elle guérit, guérit-elle au moment où ce dernier ne trouve plus d'éléments organiques susceptibles d'entrer en combinaison avec lui. Ce qui tendrait à le faire supposer, c'est que, même après la disparition de la syphilis chez un individu, le virus syphilitique n'a généralement plus prise sur cet individu, pas plus que le virus vaccin sur un vacciné, ou le virus varioleux sur un variolé. » Astruc avait, après beaucoup d'autres, foi dans l'atténuation progressive du virus syphilitique. Il pensait que la syphilis finirait par s'éteindre. La question de l'*unité* du virus syphilitique ou de la pluralité des virus sera traitée plus loin.

Absorption. — Deux opinions se partagent le monde médical relativement à la signification de l'accident initial de la syphilis, le chancre. La première opinion, qui est soutenue par Ricord, Sigmund, Cullerier, considère le virus comme bornant d'abord son action au chancre et à une sorte d'auréole peu étendue, de là le virus partirait pour infecter l'organisme. L'autre opinion, qui est plus généralement admise, considère le chancre comme la manifestation d'une infection générale de l'organisme par le virus ; Baumès, Cazenave, Bærensprung, A. Vidal, ont soutenu cette opinion. On peut dire, en effet, que dès l'instant que l'organisme est contaminé, la syphilis y est contenue en puissance ; on n'acquiert la preuve de ce fait, latent d'abord, qu'au moment de l'apparition du chancre, sorte d'action réflexe qui reporte la première réaction spécifique de l'organisme au point d'abord contaminé.

L'incubation des virus est toujours latente, celle de la rage ne s'annonce par aucun signe, il en est de même de celle de la variole et de toutes les maladies fébriles contagieuses. Aussi est-ce faire preuve d'un esprit peu formé aux enseignements de la médecine générale que de prétendre que l'incubation du virus syphilitique devrait s'annoncer par des symptômes morbides. Ce fait, que le chancre n'apparaît qu'au point contaminé, n'est pas particulier à la vérole ; il en est de même pour la variole et le vaccin, et même on a observé dans la rage que la *plaie d'introduction* devenait douloureuse au moment où se montrent les prodromes de la maladie. N'a-t-on pas d'ailleurs la preuve que le virus ne séjourne pas au point inoculé, puisque les cautérisations les plus énergiques n'empêchent pas l'intoxication ultérieure de l'organisme. La rapidité d'absorption n'est pas calculable, elle doit varier suivant la nature des tissus où le virus est déposé et l'état de ces tissus ; instantanée quelquefois, ralentie d'autres fois, cette absorption, suivant toute probabilité, est extrêmement rapide. L'erreur des expérimentateurs a consisté à agir sur l'accident initial, le chancre, qui est déjà l'indice de la maladie confirmée. Il faudrait agir sur le point où l'inoculation s'est faite avant qu'aucun accident se fût manifesté, et très-peu de temps après l'inoculation. Il est à croire que certaine pratique, mise en usage principalement par les débauchés d'habitude et les prostituées, et qui consiste dans des lotions astringentes pratiquées aussitôt après le coït sur les organes sexuels, est un préservatif souvent utile contre l'intoxication syphilitique.

La durée de la propriété spécifique des liquides syphilitiques inoculables est loin d'être indéfinie ; plus la matière virulente est récente et plus elle présentera de chances pour l'inoculabilité. On a pu, néanmoins, conserver pendant plusieurs semaines du pus chancreux et l'inoculer avec succès au bout de ce temps.

§ VI. — Contagion.

La syphilis ne peut se transmettre que par le contact, et même par un contact prolongé ou par l'insertion dans la profondeur des tissus, ou bien par hérédité. La syphilis héréditaire présente des caractères et une marche qui en font une espèce à part ; aussi cette question sera-t-elle traitée par nous dans un chapitre spécial.

A l'observation clinique de la marche et du développement naturel des accidents syphilitiques, s'est jointe depuis longtemps l'observation de la syphilis provoquée et produite artificiellement. Depuis John Hunter cette méthode a eu de nombreux adeptes et a donné des résultats considérables. Il faut encore ajouter à ces données scientifiques les faits si nombreux de contagion survenue sur des médecins dans l'exercice de leur art, faits qui ont donné lieu à des observations très-nettes et véritablement scientifiques. Le virus syphilitique peut être absorbé par tous les tissus, mais certaines conditions en favorisent l'absorption, par exemple, l'érosion ou l'ulcération, la présence d'un follicule. Les tissus les plus ténus, ceux qui peuvent le plus facilement se dépouiller de l'enduit épithélial protecteur, sont plus exposés que d'autres ; les muqueuses ou les parties de la peau qui se rapprochent des muqueuses sont dans ce cas, par exemple, le vestibule de la vulve, le prépuce et le gland, la bouche, les mamelons. Une statistique de Fournier (1), sur le siége du chancre, dans 224 cas, montre la vérité de l'axiome de Fernel : *Omnes partes adeundæ, a quibus initium habere potest.*

Voici cette statistique :

	Indurés.	Simples.
Chancres du gland et du prépuce. . .	314	296
— du fourreau de la verge. . .	60	15
— multiples de la verge. . . .	11	17
— du méat urinaire.	32	9
— intra-uréthraux.	17	3
— du scrotum.	7	»
— du sillon péno-scrotal. . . .	4	»
— de l'anus.	6	2
— des lèvres	12	»
— de la langue	3	»
— du nez.	1	»
— de la pituitaire	1	»
— de la paupière.	1	»
— des doigts	1	1
— de la jambe.	1	»

Cette statistique est incomplète ; il n'y est pas fait mention des accidents transmis par les nourrissons aux nourrices, ni de la vérole des ouvriers verriers, ni de el vérole des médecins auristes, ni en général des faits de transmission de la syphilis secondaire, faits dont nous avons à parler longuement dans les chapitres suivants. On comprend que ces faits entraînent un mode de transmission différent de celui

(1) Ricord, *Leçons sur le chancre*. Paris, 1860.

qui résulte des rapprochements sexuels. Jusqu'ici il a paru aux expérimentateurs que le simple contact ne suffisait pas pour l'absorption du virus syphilitique, et qu'il était nécessaire qu'une excoriation, si légère qu'on la veuille supposer, existât.

Le virus syphilitique n'est pas différent, dans son mode d'insertion, du virus du chancre mou, lequel n'est qu'un accident local. L'absorption paraît exiger les mêmes conditions matérielles dans l'un et dans l'autre cas.

Le virus syphilitique est-il inoculable aux animaux ? Cette question, qu'Auzias-Turenne a poussée très-loin, mérite un examen spécial ; elle sera traitée dans le chapitre des inoculations artificielles.

L'inoculabilité est variable ; elle peut être nulle. Diverses circonstances influent sur cette propriété du virus. Et d'abord il y a des individus réfractaires au virus syphilitique, comme il y a des gens réfractaires au virus varioleux. Cependant, cette innocuité dont semblent jouir plus particulièrement les personnes qui, par profession, sont journellement exposées à ce genre de contagion, tient le plus souvent à une cause qui doit être considérée comme la plus importante de toutes : c'est le fait d'avoir eu déjà ou d'avoir actuellement la syphilis.

Ici encore l'analogie avec d'autres virus, notamment avec le virus varioleux, est frappante. Ce fait est admis invariablement aujourd'hui, et si des faits contradictoires ont paru un instant ébranler la doctrine de la non-inoculabilité des gens en puissance de vérole, on n'a pas tardé à reconnaître la cause de l'erreur. Cette cause d'erreur c'était l'inoculation indéfinie faite sur des sujets syphilitiques, d'une espèce de chancre, le chancre mou, lequel n'est qu'un accident local et n'a de commun avec l'accident initial de la syphilis que l'ulcération.

Des circonstances extérieures influent sur l'absorption : les climats chauds la favorisent ; il paraît prouvé par le récit de certaines épidémies que d'autres circonstances locales tenant à la race, aux habitudes, au mode d'alimentation, peuvent avoir quelque influence sur la manifestation de l'intoxication syphilitique.

Cependant l'existence d'un chancre plus infectieux avait été de bonne heure constatée. C'était le chancre calleux de Jean de Vigo, celui que Gaspard Torella, en 1497, décrivait ainsi : « Quinta species est ulcus cum *duritie* et tale difficile cura- » tur ; cum non tali mollitie, facile. » C'est le chancre induré de J. Hunter, le chancre huntérien, infectant, etc. Ambroise Paré (1) en parle en ces termes : « Il faut noter ici que tous ces signes ne surviennent pas à chacun malade, mais à aucun d'iceux. Les plus certains sont quand le malade a quelque ulcère malin aux parties honteuses, *calleux*, dur et difficile ; et encore que les ulcères soient consolidés et qu'il y reste certaine dureté, principalement à la verge, cela dénonce la vérole à curer, et apparaissent tumeurs aux aines qui s'en retournent dedans le corps sans le suppurer, et lorsqu'il survient aucun des signes susdits, il faut juger qu'ils ont la vérole. » Jean-Louis Petit disait également : « Le chancre, si bien qu'il soit traité, cause presque toujours la vérole, surtout s'il durcit. » J. Hunter s'attacha davantage à ce caractère d'induration et le considéra comme pathognomonique de la syphilis : « le chancre a communément une base *indurée* et bien que, quelquefois, l'inflammation commune s'étende beaucoup au delà, cependant l'inflammation spécifique est limitée à cette base. Ricord a plus que tous les auteurs

(1) A. Paré, *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840.

qui l'ont précédé étudié le chancre induré, les nombreuses inoculations qu'il pratiqua lui permirent de décrire avec une grande précision les caractères de l'induration, et d'en indiquer la valeur sémiologique.

Rollet (1) reconnaît dans l'histoire de la syphilis, et surtout du chancre, une troisième période qui commence en 1783 avec Hensler. Cet auteur distingue les accidents locaux des accidents constitutionnels, et montre qu'ils ont été à tort confondus. Grüner, dans un traité fort érudit (2), plus récemment (1831-1858) Simon, de Hambourg (3), ont soutenu avec succès la même thèse. Hunter et Abernethy ont insisté sur le diagnostic différentiel des accidents syphilitiques et de ceux qui n'ont que l'apparence de la syphilis, diagnostic fondé surtout sur les résultats du traitement mercuriel. Carmichaël (1814) écrivait ce qui suit : « Il est étonnant que dans cette époque de progrès chirurgicaux, et malgré les observations précieuses de ces auteurs, il soit si généralement reçu de traiter comme syphilitiques tous les ulcères des parties génitales, quels que puissent être leurs apparences, leurs caractères et leurs signes distinctifs (4). C'était le moment de la grande réaction entre le traitement mercuriel à outrance appliqué indistinctement à toutes les maladies vénériennes. Ricord eut le mérite de restituer au traitement mercuriel tout son prestige en l'appliquant seulement à la syphilis confirmée, tandis qu'il traitait localement les autres accidents. Bassereau, en 1852 (5), indiqua les deux virus chancreux, et montra par des confrontations nombreuses que le chancre induré seul donnait le chancre induré et la syphilis. Rollet, en 1855, multipliait les confrontations, et abordait l'inoculation des accidents secondaires.

Le chancre simple devint l'objet de recherches qui amenèrent Clerc, en 1854, à reconnaître que ce chancre inoculé produisait un accident semblable à lui-même, local et non infectant. En 1856, Fournier multiplia les preuves de ce fait. Les mêmes auteurs démontrèrent que dans l'immense majorité des cas, le pus de chancre syphilitique inoculé à un malade qui est déjà atteint d'un accident semblable ne donne qu'un résultat négatif. Rollet, opérant par la méthode expérimentale sur un nombre considérable de malades et étudiant la marche des accidents, a montré qu'une différence radicale séparait les deux chancres ; voici quelle est cette différence : le chancre infectant a une incubation longue (trois semaines environ) et au bout de ce temps il apparaît d'abord une papule qui s'ulcère ensuite pour former un chancre. Il en est tout autrement du chancre simple, lequel n'a pas d'incubation et apparaît au bout de quelques jours, quelquefois après vingt-quatre heures, sous la forme d'une pustule. Plus tard il décrivit une variété *hybride* qu'il appelle chancre mixte, et qui serait une sorte de mélange des deux chancres ; ce chancre mixte pourrait s'inoculer quelquefois aux sujets syphilitiques. Nous dirons ici

(1) Rollet, *Recherches sur la syphilis*. Lyon, 1862.

(2) Grüner, *Lues venerea*. Iena, 1789.

(3) *Versuch einer kritischen Geschichte der verschiedenartigen, besonders unreinen Behaftungen der Geschlechtstheile und ihrer Umgegend, oder örtlichen Lustübel seit der ältesten bis auf die neueste Zeit und ihres Verhältnisses zu der, Ende des XV. Jahrhunderts erschienenen Lustseuche; ein Beitrag zur Pathologie und Therapie der primairen Syphilis*. Hambourg, 1830, 1831, 1846. — *Kritische Geschichte des Ursprungs, der Pathologie und Behandlung der Syphilis, Tochter und wiederum Mutter des Aussatzes*. Hamburg, 1857-1858.

(4) Carmichaël, *Essay on venereal disease*. London, 1825.

(5) Bassereau, *Traité des maladies de la peau symptomatiques de la syphilis*.

quelques mots du *chancre simple* auquel nous consacrerons plus loin un chapitre spécial.

On a donné également à cette variété les noms de chancroïde et chancre mou ; a fréquence du chancre mou est de beaucoup supérieure à celle du chancre induré. La pratique des syphilisateurs a montré que cette espèce de chancre pouvait s'inoculer au même sujet presque indéfiniment. Voici les chiffres donnés par Fournier et par Puche relativement à la fréquence de l'une et de l'autre espèce de chancre. En un seul trimestre à la consultation de l'hôpital du Midi, sur 341 chancres il y en avait 126 infectants et 215 non infectants. Encore cette proportion paraît-elle défectueuse à Alfred Fournier qui pense qu'il y a 2 chancres mous sur 3. Puche déclare que sur 10 000 chancres observés par lui, de 1840 à 1852, il y en avait 1955 indurés et 8045 simples. Le chancre simple a été inoculé un très-grand nombre de fois. On admet aujourd'hui que le chancre qui s'inocule à un malade atteint de syphilis est toujours le chancre simple. Les nombreuses inoculations pratiquées par Hunter, celles de Ricord qui se montent à 1049 de 1831 à 1837, les inoculations pratiquées dans une intention thérapeutique au nombre de plusieurs milliers par Sperino, celles qu'a faites Auzias-Turenne (1) l'inventeur de la syphilisation, celles que relatent Rollet, A. Fournier, Melchior Robert (2), ont donné le même résultat : reproduction du chancre mou et non du chancre induré, que l'inoculé fût ou non vierge de syphilis. D'autres expériences faites avec le pus de bubons suppurés ont prouvé que cet accident donnait lieu au chancre simple. Wallace est le premier auteur qui ait nettement indiqué ce fait expérimental, qui a été reproduit un grand nombre de fois par Ricord, lequel a montré qu'il faut prendre le pus même du bubon et non le pus phlegmoneux qui peut se produire au voisinage. Il se produit par l'inoculation une pustule rapidement formée et qui bientôt se transforme en un chancre mou à bords taillés à pic. L'inoculation artificielle, le contact, le coït, ne sont pas les seuls moyens de reproduction de cet accident qui peut être transmis par le contact des instruments de chirurgie, par les pansements, les sangsues, etc. Le chancre mou a été transmis aux animaux ; Hunter avait en vain essayé cette inoculation dont Ricord a nié la possibilité. Auzias-Turenne a montré que le fait était possible. Il a répété un grand nombre de fois avec succès cette expérience ; il a inoculé le chancre mou à des chiens, des singes, des chats et des lapins (3). En 1850, Robert Wells s'inocula le pus d'un chancre développé artificiellement sur un singe et sur un chat et il eut quatre chancres. Diday répéta sur lui-même cette expérience. Malgré les objections de plusieurs syphilographes ces expériences étaient concluantes. Diday s'était entouré de toutes les précautions que réclamait un semblable essai et le résultat fut positif. De là est née la pratique de la syphilisation. Était-ce un chancre mixte, était-ce un chancre simple, était-ce un chancre infectant que l'on produisait sur les animaux et ensuite sur l'homme ? C'est là une question qui sera examinée dans le chapitre que nous avons consacré à la syphilisation. Pour Rollet, le chancre simple seul a été inoculé avec succès par les syphilisateurs, parce que seul il peut se reproduire indéfiniment sur un sujet syphilisé,

(1) Auzias-Turenne, *De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires*, communication à l'Académie de médecine, avec les communications d'Auzias-Turenne et Sperino à l'Académie des sciences de Paris et à l'Académie de médecine de Turin. Paris, 1853.
(2) Melchior Robert, *Nouveau traité sur les maladies vénériennes*. Paris, 1861.
(3) Auzias-Turenne, *Comptes rend. de l'Acad. des sciences*, séance du 17 novembre 1851.

ce qui est le contraire pour le chancre induré, lequel ne s'inocule pas à un syphilitique.

1° CHANCRE.

Le chancre est la manifestation initiale de la syphilis (à part le cas de syphilis héréditaire). Il y a deux espèces de chancres inoculables : l'un est syphilitique et procède d'une intoxication constitutionnelle, l'autre n'est qu'un accident local.

Pour Ricord, la syphilis débute par le chancre, dans lequel réside la propriété virulente de la syphilis; la vérole naît du chancre, et ne reconnaît pas d'autre origine. « Comme le virus ne pénètre pas dans l'économie sans effraction, c'est-à-dire sans ulcération, c'est un chancre qui ouvre la scène des accidents. Les prétendues véroles d'emblée sont des faits apocryphes ou mal interprétés. Le chancre est l'exorde obligé de la syphilis (1). » Pour Ricord, le chancre infectant est toujours le résultat d'une lésion identique, et devient la source obligée d'un accident semblable. Il est à la fois l'effet et la cause de la spécificité virulente, l'unicité de la cause virulente, consistant en ce fait que le chancre est un; mais on est obligé de convenir que souvent le chancre reste un accident local, ou même que le pus chancreux ne s'inocule pas; il faut alors admettre deux virus différents ou deux variétés du même virus.

Il est impossible de ne pas reconnaître aujourd'hui que le chancre n'est pas le seul accident inoculable, et que la syphilis secondaire s'inocule. Le fait de l'apparition du chancre au début de l'infection syphilitique quelle qu'en soit la source, reste vrai.

Les excellents travaux de Rollet (de Lyon) et de ses élèves sur l'historique de la syphilis, sur la transmission des accidents secondaires, sur la syphilis vaccinale, seront mis à profit par nous dans le cours de cet article. D'après Rollet, la syphilis n'a pas été un fait moderne; elle a existé de tout temps. Le chancre mou notamment était connu des anciens. Celse mentionne des cas de chancres avec phimosis et paraphimosis « Ulcera vel in cutis interiore parte, vel in glande, ultrave eam in cole reperientur quæ necesse est aut pura siccaque sint, aut humida et purulenta. ...Si vero ulcus latius atque altius serpit, eodem modo elui debet... »

Dioscoride signale les chancres : « Genitalium et sedis ulcera. » Marcellus Empiricus parle des ulcères de la verge : « Si ulcus in pene sordidum fuerit, » et il mentionne le bubon : « Ne inguem ex ulcere aliquo aut vulnere intus mescat. » Paul d'Égine s'exprime ainsi : « Ulcera pudendis et circa sedem sordida, circa coronam ulcera, et maxime cum detrahere præputium non possunt. » Les Arabistes sont plus explicites encore, Avicenne distingue les chancres d'après leur aspect et leur siége : Avenzoar, Albucasis signalent les chancres qui perforent le prépuce. Les mêmes lésions sont décrites par les médecins du XIIIe et du XIVe siècle, et même du XVe siècle, à la veille de la grande épidémie de syphilis qui est considérée comme la première invasion de cette maladie.

La confusion dès lors se fit entre les accidents vénériens de toute sorte; la syphilis les engloba tous, ou du moins telle fut la tendance générale. Cette confusion s'accuse nettement dans les ouvrages de Vella, notamment dans son *Opusculum* (1508). Les bubons sont alors rangés dans la syphilis, quelle qu'en soit la nature. S'ils suppurent, dit Antoine Lecocq (1540), c'est souvent un bien.

(1) Fournier (Ricord, *Leçons sur le chancre*. Paris, 1860).

2° CHANCRE SIMPLE.

§ I. — Étiologie.

Le chancre simple procède toujours d'un accident semblable. C'est une maladie vénérienne parallèle à la syphilis. On peut même dire que c'est une maladie vénérienne plus que la syphilis elle-même, puisque la fréquence du chancre mou est beaucoup plus grande que celle du chancre infectant, et qu'on le rencontre surtout dans les grands centres de population qui sont aussi des centres de débauche. Il résulte d'une statistique donnée par Alfred Fournier que près des quatre cinquièmes des chancres simples dérivent des filles publiques. Ainsi sur 117 cas de chancre simple on en compte :

88 chez des filles publiques.
14 chez des femmes livrées à la prostitution clandestine.
6 chez des filles entretenues.
5 chez des ouvrières.
2 chez des domestiques.
2 chez des femmes mariées.

Nous devons toutefois faire remarquer que de semblables statistiques ne reposent pas sur des bases solides. En effet les médecins qui les ont recueillies observaient surtout des hommes du peuple qui vont plus volontiers puiser à ces sources impures. Le chancre mou peut coexister avec d'autres maladies vénériennes. Il s'observe naturellement sur les organes génitaux plutôt que sur tout autre point du corps. Il peut s'inoculer par le simple contact, sans ulcération, sur les muqueuses, ainsi que le montrent les expériences de Cullerier. La durée pendant laquelle le pus du chancre simple peut s'inoculer est la durée même de l'ulcération. On inocule également le chancre simple par le pus du bubon chancreux et de la lymphangite ayant la même origine.

§ II. — Symptômes.

Le caractère le plus important du chancre mou est la rapidité de sa production, presque sans incubation. Il se développe en vingt-quatre ou quarante-huit heures. Une pustule en est le premier indice ou le début. Cette pustule peut cependant faire défaut si le chancre simple se développe sur une partie déjà ulcérée ou excoriée, ce qui arrive fréquemment dans les cas de balanite et d'*herpes præputialis*. L'ulcération se produit en tout cas très-rapidement. Du cinquième au quinzième jour, le chancre mou se présente sous la forme d'une ulcération à forme circulaire d'environ un centimètre de diamètre, à fond gris à bords taillés à pic, de consistance molle à la base, donnant lieu à une suppuration abondante et causant des douleurs vives. La tendance envahissante du chancre fait qu'il s'élargit ; ses bords cessent d'être réguliers et deviennent anfractueux, dentelés, échancrés. On a comparé ces chancres à des trous faits à l'emporte-pièce. Cependant la régularité de l'ulcération n'est pas constante, et il y a destruction plus ou moins facile des tissus suivant la résistance qu'ils opposent ; il résulte de là des décollements des bords du

chancre. On appelle *période d'état* le moment où le chancre cessant de s'accroître tend à la réparation.

Réparation et cicatrisation. — La réparation commence par l'élimination de la fausse membrane grisâtre qui occupe le fond de l'ulcération, et par l'apparition de bourgeons charnus qui donnent dès lors à la plaie une couleur rosée. La suppuration diminue et le pus devient plus épais; les bords s'affaissent, le fond s'élève et la cicatrisation s'opère.

§ III. — Marche, durée, terminaison de la maladie; récidives.

En général la durée du chancre simple est de vingt à trente jours. Elle dépend de la constitution du sujet et du mode de traitement. Rollet a vu des chancres mous se cicatriser en moins de quinze jours, grâce à la cautérisation avec le chlorure de zinc. La durée des chancres peut être excessivement longue, ainsi que nous le verrons plus tard, dans le cas de phagédénisme.

Le chancre mou se termine sans accidents, comme une plaie simple, dans la grande majorité des cas. Il faut toutefois excepter les chancres phagédéniques; et nous verrons à l'article SYPHILISATION que la multiplicité des chancres mous a pu amener des accidents graves. La cicatrice du chancre mou est indélébile, surtout à la peau.

§ IV. — Fréquence et nombre.

Un même malade peut être atteint d'un nombre illimité de chancres simples, simultanément ou successivement, ainsi que le prouve l'expérimentation. Lorsque le chancre se développe naturellement, c'est-à-dire par un contact accidentel, par l'acte vénérien, il est souvent simple, mais il peut être multiple. Sur 118 hommes entrés à l'Antiquaille (de Lyon), Debauge donne la statistique suivante (1) :

Malades ayant une seule ulcération.	50
— deux ulcérations	22
— quatre ulcérations.	11
— cinq ulcérations.	11
— de six à dix.	17
— de onze à quinze	6
— vingt ulcérations.	1

La fréquence du chancre simple par rapport aux autres maladies vénériennes a été appréciée par divers statisticiens et nous avons donné quelques-uns de ces chiffres. Voici la statistique recueillie à l'Antiquaille par Michaud sur 2298 malades :

Malades affectés de blennorrhagie.	913
— de chancre simple.	626
— de syphilis.	759

Cette statistique diffère notablement de celle qu'a donnée Alfred Fournier, et

(1) Debauge, *Traitement des chancres simples et des bubons chancreux par la cautérisation au chlorure de zinc*. thèse de doctorat en médecine. Paris, 1858, n° 198.

elle n'exprime certainement pas la fréquence réelle du chancre mou en général. En effet il faudrait comparer le chancre simple non à la syphilis mais au chancre induré seulement. En procédant ainsi Chabalier a trouvé pendant six mois de séjour dans le même hôpital :

Chancres simples.	118
Chancres syphilitiques.	90

§ V. — Siége.

Le siége du chancre simple est habituellement sur les organes génitaux, parce que cet accident est local et ne donne pas lieu comme la syphilis à des manifestations générales qui multiplient la surface d'inoculation. On le voit quelquefois se développer sur les mains des malades qui se pansent, ou des médecins qui les traitent, principalement chez les accoucheurs et les sages-femmes. Ricord avait pensé que le chancre simple ne se développait jamais à la tête ni à la face. Le chancre *céphalique*, suivant lui, était toujours induré et infectant. Sur 150 cas de chancre céphalique Alfred Fournier n'en avait pas trouvé un seul qui fût simple. Cependant quelques observations isolées de Boys de Loury et Costilhes (1), Diday, Clerc, et d'autres auteurs, montraient que le chancre mou peut siéger à la tête. Rollet a fourni la démonstration absolue de ce fait par la méthode expérimentale.

Nadau des Islets dans sa thèse, en 1858 (2), rapporte 19 inoculations faites par Puche, à la tête, avec du pus provenant de chancre simple. Ces inoculations donnèrent des résultats positifs, et le pus des chancres céphaliques simples ainsi développés fut huit fois inoculé avec succès. Des expériences semblables avaient été faites en 1855 par Bassereau. Un chancre ainsi développé à la joue par une inoculation que pratiqua le docteur Huebbenet (de Kieff) amena un bubon suppuré du col. On a recherché pourquoi le chancre simple se rencontrait rarement à la face, l'explication de ce fait peut se donner ainsi : les chancres sont des accidents apparents et dont la vue décourage les caresses lascives ; il n'en est pas de même de la syphilis dont les manifestations sont souvent moins apparentes et moins caractéristiques, et ne sont pas moins inoculables. Voici la statistique recueillie par Debauge sur le siége du chancre simple chez 206 malades des deux sexes :

Fourchette et fosse naviculaire	. . . .	78
—	grandes lèvres	19
—	petites lèvres.	16
—	méat urinaire.	21
—	voisinage du méat.	2
—	vestibule.	4
—	clitoris.	1
Entrée du vagin en dehors des caroncules.		17

(1) Boys de Loury et Costilhes, *Gazette médicale*, Paris, 1845.
(2) Nadau des Islets, *De l'inoculation du chancre mou à la région céphalique*, thèse de doctorat en médecine. Paris, 1858.

Entrée du vagin en arrière des caroncules. . . .		7
—	du col de l'utérus	1
—	de la marge de l'anus	23
—	du sillon interfessier	5
—	— du périnée	5
—	de la face interne des cuisses	5
—	de l'hypogastre.	2

Une statistique publiée par Ricord fournit des données à peu près semblables. Chez l'homme, le siége le plus fréquent est le sillon en arrière du gland et le filet ; chez la femme, c'est la fourchette.

Le chancre de l'*anus* est beaucoup plus fréquent chez la femme que chez l'homme. Il ne s'agit pas ici de contact par le fait d'un acte contre nature. Le plus souvent l'écoulement du pus sur le périnée jusqu'à l'anus suffit à expliquer le chancre anal. Dans la statistique de Ricord on voit chez l'homme 347 chancres de la verge pour 9 chancres de l'anus; chez la femme, 28 chancres de l'anus pour 139 chancres de la vulve. En général, ce chancre siége à l'orifice, en avant, masqué par les plis de l'anus. Tardieu a noté plusieurs fois le chancre de l'anus chez des pédérastes (1). Les chancres simples de l'anus peuvent produire après cicatrisation des rétrécissements de cet orifice.

§ VI. — Symptômes accessoires et complications.

Certains accidents qui accompagnent et suivent le chancre simple peuvent être considérés comme une conséquence naturelle de celui-ci ; d'autres méritent le nom de complication.

Phimosis et paraphimosis. — Le phimosis se produit souvent dans le cas de chancre sous-préputial ; quelquefois il se déclare une inflammation phlegmoneuse; les liquides purulents sont retenus et la douleur est vive. Quelquefois les vaisseaux lymphatiques (*lymphite dorsale*) s'enflamment ; il y a des phénomènes d'étranglement ; et quelquefois une eschare se produit sur le prépuce. Le paraphimosis ne devient un inconvénient sérieux que lorsqu'il produit une constriction considérable sur la verge, et qu'il y a étranglement, turgescence du gland ; alors le chancre simple s'étend, se creuse davantage, et devient phagédénique.

Lymphite. — C'est sur le dos de la verge surtout que se produit cette complication. Dans certains cas il se forme des nodosités phlegmoneuses qui tendent à s'ouvrir ; et lorsqu'elles sont ouvertes elles prennent l'apparence chancreuse et le pus qu'elles fournissent est inoculable, c'est-à-dire reproduit par inoculation un chancre simple. En outre on voit parfois se développer au voisinage du chancre simple et en dehors des vaisseaux lymphatiques, des abcès qui portent le nom d'*abcès chancreux.*

Bubon. — L'adénite qui survient par le fait d'un chancre n'est pas un accident constant ni nécessaire. Diverses causes tendent à le produire. Un degré plus élevé d'inflammation autour du chancre, des médications topiques intempestives, et sur-

(1) Ambroise Tardieu, *Étude médico-légale sur les attentats aux mœurs*, 4e édition. Paris, 1862, p. 179.

tout la constitution du sujet, influent sur le développement de l'adénite. Le bubon commence, comme les phlegmasies, par du frisson et de la fièvre; il y a de la douleur; les ganglions ne sont pas seuls en cause, le tissu cellulaire voisin participe aussi à l'inflammation. La résolution peut survenir au bout de quelques jours. Lorsque le bubon doit suppurer, la peau rougit, s'amincit et il se produit au sommet de la tumeur un point fluctuant. Il peut se former des abcès multiples. Chez les scrofuleux le bubon peut revêtir la forme fongueuse qui demande un traitement spécial. Diverses complications peuvent encore se montrer, telles que le phlegmon diffus et l'érysipèle.

Le bubon suppuré appartient au chancre simple et non à la syphilis. Sous le nom de *bubon chancreux* et d'*adénite virulente* on doit entendre seulement l'adénite suppurée qui résulte du chancre simple. Baumès et Castelnau surtout ont établi ce point important. Le pus inoculable se rencontre non pas dans le phlegmon qui entoure le ganglion, mais dans le ganglion lui-même. Lorsque le bubon est ouvert, soit spontanément, soit artificiellement, il peut s'ulcérer et former un vaste chancre, lequel se comporte comme le chancre simple en général. D'après la statistique de Ricord, laquelle est basée sur un nombre considérable d'inoculations, l'adénite inflammatoire suppurée de l'aine est aussi fréquente que l'adénite virulente ou chancreuse, de sorte qu'en réinoculant tous les bubons vénériens suppurés, le résultat est positif dans la moitié des cas et négatif dans l'autre moitié.

Le *siége* du bubon chancreux est le plus souvent l'aine, et quelquefois des deux côtés.

Chancre phagédénique. — Le phagédénisme complique quelquefois le chancre simple. Généralement c'est la constitution même du sujet qui détermine cette complication. L'alcoolisme paraît y prédisposer. Les maladies aiguës fébriles jouent le même rôle, d'après Sperino (de Turin). Certaines conditions locales, telles que le paraphimosis, peuvent aussi influer sur la production du phagédénisme, c'est-à-dire de la gangrène du chancre simple. C'est généralement sur le gland et sur le prépuce que se montre le phagédénisme; cette complication peut s'observer aussi à l'aine. Le chancre phagédénique peut prendre la forme pultacée. Le phagédénisme n'est point un effet spécial du virus, et il ne se transmet pas par l'inoculation; en pareil cas il se reproduira un chancre simple. Nous traiterons ailleurs du chancre serpigineux.

§ VII. — Traitement.

C'est surtout par les caustiques qu'on a traité de tout temps les chancres. On a employé les acides sulfurique, azotique, chlorhydrique, citrique, acétique, la potasse, l'ammoniaque, etc. Aucune de ces substances ne produit d'effet spécifique. En réalité on a vainement cherché soit un prophylactique soit un spécifique du chancre simple.

Rodet a donné la formule du liquide suivant dont il a très-souvent éprouvé les bons effets :

℞ Eau distillée................	32 gram.
Perchlorure de fer........	4
Acide citrique.............	4
Acide chlorhydrique........	4

C'est surtout au début du chancre, lorsqu'il n'existe encore qu'une pustule, que la cautérisation donne de bons résultats. En général on se sert pour cela (Rollet) de la pâte au chlorure de zinc ou du crayon d'azotate d'argent. Hunter cautérisait profondément et même extirpait les chancres. Ricord a également pratiqué avec succès et préconisé la destruction du chancre par les caustiques dès les premiers jours; ainsi l'on transforme une plaie virulente en une plaie simple. On peut employer pour cela la pâte de Canquoin, le fer rouge, la pâte carbo-sulfurique qui s'obtient en mélangeant jusqu'à consistance de pâte de la poudre de charbon et de l'acide sulfurique.

Le traitement du *phimosis* et du *paraphimosis* n'offre rien de spécial dans le cas de chancre simple. On a pratiqué quelquefois l'excision du prépuce ou circoncision, surtout dans les cas de phimosis phlegmoneux avec menace de gangrène. L'incision simple a été plus souvent pratiquée dans le cas de paraphimosis; on fait ainsi cesser l'étranglement.

3° CHANCRE INDURÉ.

§ I. — Synonymie et historique.

Le chancre induré porte aussi les noms de *chancre huntérien*, *chancre infectant*, *chancre syphilitique;* il est la première manifestation de la syphilis. Le chancre n'est qu'une ulcération, une maladie locale; ce qui démontre le caractère spécifique de la syphilis, c'est l'induration. Jean de Vigo, le premier, signala ce caractère morbide (1); Thierry de Hery (1569) et plus tard Astruc, au XVIII[e] siècle, y insistèrent dans leurs écrits; mais Hunter eut le mérite d'en démontrer la spécificité relative, en distinguant l'induration syphilitique de l'inflammation banale. Quelques auteurs du commencement de ce siècle méconnurent l'importance de l'induration à laquelle Ricord restitua son véritable caractère. Il est incontestable que Ricord a définitivement établi la relation nécessaire qui existe entre le chancre induré et la syphilis.

§ II. — Siége et fréquence.

Le chancre induré se rencontre sur toutes les parties du corps, et est beaucoup moins que le chancre mou localisé sur l'appareil génital, pour des raisons que nous avons exposées plus haut. Toutes les parties de la peau et des orifices muqueux en peuvent être atteintes : vulve, gland, prépuce, urèthre, conjonctive, pituitaire, muqueuse du pharynx, trompe d'Eustache, col de l'utérus, vagin, rectum, telles sont les muqueuses où le chancre a été observé. Le chancre induré est le plus souvent indolent, du moins au début.

§ III. — Symptômes.

Le plus souvent on le voit débuter par une *papule;* plus souvent encore on n'en reconnaît la présence que lorsque l'ulcération existe; cette ulcération est de forme arrondie à sa surface, lisse, devenant lardacée plus tard, mais n'ayant jamais l'aspect aréolaire, spongieux, gris, terne, décollé, du chancre mou. Les bords en sont lisses,

(1) Jean de Vigo, *Practica in chirurgia*. Lyon, 1581.

quelquefois relevés et formant saillie; le fond est d'une teinte sombre due à un piqueté brunâtre : de là le nom de chancre en œil-de-perdrix (Ricord).

Le chancre induré n'a pas l'apparence enfoncée, la forme d'ulcère à l'emporte-pièce, comme le chancre mou; il est fait à l'évidoir (Ricord) et est cupuliforme. Il suppure peu, et le pus n'y est pas phlegmoneux comme celui du chancre mou; c'est plutôt une sérosité sanieuse. A mesure qu'on s'éloigne du début, le fond du chancre s'élève, devient rose, exubérant (*ulcus elevatum*). C'est à ce moment qu'on trouve, au plus haut degré, le caractère d'*induration*. La base du chancre infiltrée de plasma blanchâtre apparaît soulevée, arrondie, lisse, blanchâtre, la peau étant soulevée en relief et formant saillie. La sensation éprouvée par le doigt est presque celle que donne le cartilage. C'est un tissu rénitent, élastique, qui ne se fond pas insensiblement avec les tissus voisins, mais dont la limite est tranchée nettement, dans quelques cas. « L'induration, dit Ricord (1) est à la fois au-des-» sous et autour du chancre; elle en encadre le bord, de manière à lui servir » partout de moyen d'union avec les parties environnantes. » Hunter décrivait ainsi l'induration : « Il survient un épaississement local qui d'abord, et tant qu'il est de nature vraiment vénérienne, est très-circonscrit, ne se perd pas d'une manière graduelle et insensible dans les parties environnantes, mais se termine brusquement (2). » C'est là le caractère pathognomonique du chancre infectant. Pour Ricord, l'*induration* est quelque chose de particulier, ce n'est pas de la *dureté* seulement; c'est la sensation d'un tissu élastique, chondroïde, sensation qui ne ressemble en rien à celle que donne l'œdème dur des phlegmasies, ou le tissu cicatriciel. Bell comparait cette induration à l'exsudation que donne la moitié d'un *pois chiche*. Cette infiltration plastique qui forme l'induration peut, suivant le sujet, suivant le lieu et mille circonstances, varier d'intensité et de forme. Wallace a désigné sous le nom de *syphilis annulaire* l'induration chancreuse qui, très-accusée autour du chancre, paraît ne pas exister au-dessous. Quelquefois le chancre paraît cannelé; d'autres fois il y a induration en surface, cette forme de chancre ressemble à une *feuille de parchemin* déposée sous la base du chancre; c'est l'*induration parcheminée* de Ricord. Charles Robin et Alfred Fournier donnent ainsi qu'il suit la constitution des éléments anatomiques du chancre induré : 1° trame de fibres de tissu cellulaire où se retrouvent des fibres élastiques cutanées; 2° matière amorphe interposée à ces fibres, d'autant plus abondante que l'induration est plus transparente; 3° noyaux libres fibro-plastiques formant une partie considérable de la masse, accompagnés de cytoblastions; 4° on y voit aussi un certain nombre de corps fusiformes fibro-plastiques. L'induration n'est pas un caractère de la terminaison du chancre, c'est plutôt un caractère du début, et le chancre infectant s'indure dès les premiers jours. Elle se montre graduellement. Le siége du chancre influe sur le degré de l'induration; c'est ainsi que chez la femme, dans le vagin l'induration n'est le plus souvent pas accusée nettement. Chez l'homme le siége le plus favorable pour l'induration est le prépuce et le sillon situé en arrière de la couronne du gland. Sur le gland et l'anus l'induration est moins manifeste. Sur les lèvres l'induration est très-marquée.

(1) Fournier, *Leçons sur le chancre*, professées par Ricord. 2e édit., Paris, 1860.

(2) Hunter, *Traité de la maladie vénérienne*, traduit de l'anglais par le docteur G. Richelot. 3e édit., Paris, 1859, p. 377.

§ IV. — Marche et durée.

La durée habituelle du chancre infectant est de quatre à six semaines. Il reste le plus souvent indolent. Le fond du chancre s'élève, bourgeonne, les bords se rapprochent, il se produit des végétations; quelquefois il prend l'apparence papuleuse; et, d'après Ricord, le chancre sous l'influence de la marche de la diathèse peut se transformer sur place (*in situ*) en un accident secondaire, *papule muqueuse*, à base indurée. L'*induration* dure généralement autant que le chancre et quelquefois persiste plus longtemps. On cite des cas d'induration ayant persisté pendant de nombreuses années. Puche et Alfred Fournier pensent que la persistance de l'induration pendant trois mois est presque la règle. C'est surtout dans les cas de chancres de la rainure glando-préputiale que l'on a vu l'induration persister pendant plusieurs années : neuf ans (Puche), trente ans (Ricord). Ce signe a une valeur très-importante lorsqu'on veut remonter à l'origine des accidents présents, et scruter le passé. Le chancre laisse des cicatrices en général très-apparentes et indélébiles. Sur le fourreau de la verge ces cicatrices ont une teinte brune, bronzée, très-caractéristique. Sur les muqueuses ces empreintes sont moins apparentes.

La *multiplicité* est un des caractères du chancre mou. Le chancre induré est au contraire *unique* ou *solitaire*, dans la grande majorité des cas. D'après une statistique de Fournier, le chancre induré serait *solitaire* trois fois sur quatre. Clerc a observé de même que sur 267 malades atteints de syphilis constitutionnelle le chancre était solitaire 224 fois et multiple 43 fois seulement, ce qui donnerait la proportion de huit sur dix pour le chancre solitaire. Du reste le chancre induré est multiple d'emblée, ou du moins ne pourrait s'inoculer au porteur que dans les premiers jours.

§ V. — Complications.

Le phagédénisme peut compliquer le chancre induré comme le chancre mou, mais beaucoup moins souvent que celui-ci. L'action destructive en général est moins intense et moins étendue pour le chancre induré que pour le chancre simple. Quelques auteurs ont pu penser que le phagédénisme excluait la syphilis, mais c'est là une erreur. Bassereau a pensé que le phagédénisme était un indice de la constitution du sujet et présageait une syphilis grave, et formulé ainsi qu'il suit cette pensée : « Après les chancres indurés bénins, surviennent les éruptions syphilitiques bénignes et les affections des divers tissus sans tendance à la suppuration; après les chancres indurés phagédéniques, surviennent les syphilis pustuleuses graves, les affections ulcéreuses de la peau plus tardives, les exostoses suppurées, les nécroses, etc. » Quelquefois le phagédénisme se limite à l'induration, et laisse des cicatrices peu étendues; il n'en est pas toujours ainsi et la destruction peut s'étendre au loin et amener des difformités incurables; l'économie peut être affaiblie par ces plaies gangréneuses, lesquelles deviennent quelquefois le point de départ d'accidents graves.

Bubon spécifique. — Le chancre induré donne lieu à une affection particulière des ganglions lymphatiques de la région. Il ne s'agit pas ici d'une phlegmasie simple semblable à celle que peuvent produire toutes les plaies. L'époque d'apparition de cette adénite spéciale est celle de l'induration même du chancre; c'est en géné-

ral le premier ou le second septénaire. Il se produit alors un gonflement indolent et extrêmement *dur*, soit d'un ganglion, soit d'une masse ganglionnaire. Cette dureté rappelle la sensation que donne l'*induration* du chancre infectant. Les ganglions, alors même qu'ils sont indurés en grand nombre, ne se fusionnent pas ; ils demeurent isolés et indépendants; on appelle *pléiade* cet engorgement multiple. Parmi ces ganglions il y en a toujours un qui est plus gros et semble procéder plus directement que les autres du chancre induré. Habituellement, mais non toujours, le bubon induré n'existe que d'un seul côté. Ce bubon induré ne suppure jamais. S'il suppure c'est par des causes indépendantes de la nature même de l'affection spécifique, et il fournit un pus qui n'est pas inoculable.

L'induration ganglionnaire que produit le chancre induré survit à cet accident initial, et se prolonge presque indéfiniment. C'est un symptôme que Ricord appelle *persistant* par excellence. Il faut donc, lorsqu'on cherche s'il y a eu un chancre induré et en quel point il a existé, *interroger les ganglions*. L'importance de ce signe est bien rendue dans ce passage emprunté à Alfred Fournier (*loc. cit.*) : « Le plus souvent les malades méconnaissent la *nature* du chancre, alors » qu'il est situé en dehors de la région génitale. J'ai eu l'occasion, par exemple, » d'observer des chancres digitaux sur trois jeunes gens qui, affectés d'accidents » secondaires, soutenaient, de la meilleure foi du monde, n'avoir jamais eu de » chancres. Je ne fus conduit que par une exploration longue et minutieuse, à » découvrir ces chancres et leurs cicatrices, et lorsque je révélai aux malades la » nature véritable de ces ulcérations digitales, j'excitai en eux un étonnement pro- » fond et voisin de l'incrédulité. » Ainsi la recherche de l'adénopathie spécifique est de première importance pour le diagnostic de la syphilis : une adénopathie épithrochléenne ou axillaire indiquera un chancre de l'avant-bras ou *digital ;* l'induration ganglionnaire sous-maxillaire mettra sur la voie du chancre des lèvres. Le ganglion induré est presque nécessaire et ne fait presque jamais défaut dans le début de la syphilis constitutionnelle.

Lymphangite. — Les vaisseaux lymphatiques qui vont du chancre induré aux ganglions peuvent être affectés; il ne s'y produit pas de pus comme dans le cas de chancre simple. Il s'y produit une *induration* indolente. Cet accident est relativement rare.

Bubon d'emblée. — Le bubon d'emblée est une erreur, une fausse interprétation des faits. Hunter, Lagneau, Madret, ont cité des cas de syphilis ayant pour accident initial un bubon sans chancre. Plusieurs auteurs contemporains ont publié des cas semblables. Il y a presque unanimité aujourd'hui parmi les syphilographes pour nier le bubon d'emblée. Les chancres *larvés* de l'urèthre ou de l'anus peuvent rendre compte de quelques-uns de ces faits. Il reste prouvé qu'il n'y a pas de syphilis acquise sans chancre.

Parallèle du chancre simple et du chancre infectant. — Le chancre infectant n'est pas inoculable *au porteur*, c'est-à-dire à celui qui est actuellement atteint d'un chancre semblable. Le chancre simple au contraire est indéfiniment inoculable sur tous les sujets; un seul expérimentateur a produit sur lui-même environ deux mille chancres simples successivement. La pratique des inoculateurs (Auzias-Turenne) a prouvé l'inoculabilité à l'infini du chancre simple. On en peut conclure (Rollet) que le chancre simple est un accident purement local. Ainsi la *réinocula-*

bilité du chancre simple est certaine; au contraire le chancre infectant n'est jamais *réinoculable*. Basset pense que le chancre simple est seul inoculable aux animaux et que le chancre syphilitique ne l'est jamais; ce caractère n'est pas certain, ainsi que nous le verrons plus loin. Le bubon du chancre simple suppure souvent, peut s'ulcérer, et fournit du pus qui inoculé reproduit le chancre simple. Le bubon du chancre infectant suppure rarement, et lorsque cela a lieu, ne fournit pas de pus infectant. Plusieurs chancres infectants ou syphilitiques peuvent se produire simultanément, mais ils ne peuvent se produire consécutivement. Le chancre infectant se montre sur toutes les parties du corps, à cause des nombreux modes de transmission et de la large surface de la syphilis, tandis que le chancre simple s'observe presque exclusivement sur les organes génitaux.

Le *mode d'évolution* des deux chancres présente des différences radicales : l'un, le chancre simple, n'a pas d'*incubation* et apparaît au bout de vingt-quatre heures; l'autre, le chancre infectant, a une incubation moyenne de trois semaines. Le premier débute sous la forme d'une pustule, le second sous la forme d'une papule.

Le chancre simple est une ulcération profonde à bords échancrés, dentelés, mous, à fond grisâtre, souple à sa base, suppurant abondamment; le chancre infectant est dur à sa base, comme cartilagineux, sa surface est d'un rouge cuivreux, il est à peine excavé, les bords en sont presque de niveau avec le fond, il suppure à peine.

Les *effets* sont différents : le chancre simple est un mal local pouvant donner lieu à des complications de voisinage ou d'ensemble, à titre de plaie ulcéreuse; le chancre infectant produit la syphilis constitutionnelle.

§ VI. — Traitement.

Le *traitement* montre également l'origine et la nature différentes des deux chancres. Le mercure ne peut rien contre le chancre simple; la cautérisation le guérit. Le mercure est un remède efficace contre les accidents syphilitiques qui suivent le chancre infectant.

4° CHANCRE MIXTE.

La divergence des auteurs relativement à la nature spécifique absolue de l'un et de l'autre chancre, est loin d'avoir pris fin. Il faut reconnaître que souvent des chancres à apparence molle ont été suivis d'infection syphilitique, et que, d'autre part, des chancres durs ont pu être réinoculés et ne produire que des chancres simples. Enfin un même chancre a pu à la fois fournir du pus syphilitique et du pus chancreux simple. Bien que ces faits soient rares et que quelques-uns aient pu provenir d'une erreur de diagnostic, cependant il en existe des exemples démontrés publiquement, étudiés avec le plus grand soin par les syphilographes les plus compétents; le doute n'existe donc pas sur le fait; l'interprétation seule est indécise.

Ricord et Alfred Fournier ont décrit des faits de ce genre sans se prononcer. En 1859, Laroyenne, de Lyon (1), montra un chancre infectant suivi de syphilis constitutionnelle, et qui fut réinoculable au porteur. En 1862, Rollet (2) consacra un

(1) Laroyenne *Annuaire de la syphilis et des maladies de la peau*. Lyon, 1859.
(2) Rollet, *Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis*. Lyon, 1862.

chapitre de son ouvrage à la coexistence du chancre simple et de la syphilis et au chancre syphilitique mixte. En 1863, le docteur Nodet (de Lyon) publie un travail (1) sur ce sujet et rapporte des faits nombreux et qui semblent irréfutables, de chancre mixte. Diday, Melchior Robert, furent opposés à cette nouvelle doctrine. Paul Picard, Cusco, ont reproduit avec succès les expériences de l'école de Lyon. Lee, en Angleterre, Lindwurm, à Munich, ont observé le chancre mou. Bœrensprung (de Vienne) considère ce fait comme démontré cliniquement. Sigmund (de Vienne) s'exprime ainsi dans une lettre à Rollet que rapporte Nodet (*loc. cit.*), en août 1862 : « Quant au chancre mixte, j'ai réfuté toutes les objections de mes confrères, praticiens plus âgés que moi et spécialistes, en leur pratiquant l'inoculation de la matière du chancre mou sur un chancre induré. J'ai fréquemment réitéré ces observations dans les circonstances les plus différentes, et fourni la preuve du développement des deux maladies sur le même point. » Quelques auteurs recommandables se refusent encore à admettre ce qu'ils appellent la *théorie ingénieuse* du chancre mixte. Cependant les faits existent et sont garantis par l'autorité de médecins savants ; ils peuvent être reproduits expérimentalement. Les choses étant en cet état, il nous paraît qu'on ne peut passer sous silence les faits en question et qu'ils doivent prendre place dans un article sur la syphilis. Pour Rollet, parmi les formes mixtes de l'accident initial de la syphilis, il en est une qui mérite une attention toute particulière, c'est celle qui succède à l'implantation du chancre simple sur le chancre syphilitique primitif.

Le chancre *mixte* (Rollet) peut se produire spontanément ou être produit artificiellement ; sur un chancre induré si l'on applique du pus de chancre simple, il se produit dans l'ulcère une transformation, le fond en devient gris et se creuse, les bords se décollent, la suppuration se fait plus abondamment, conserve néanmoins son induration à la base et la propriété d'indurer les ganglions.

Un malade peut avoir contracté au même foyer, en même temps, un chancre simple et un chancre syphilitique. Ces deux chancres peuvent être situés en deux points éloignés ou ne former au contraire qu'une même ulcération. Dans ce second cas on voit apparaître d'abord le chancre mou, et l'induration survient seulement vers la troisième semaine, qui est la limite habituelle de l'incubation du chancre syphilitique. D'après le résultat des inoculations pratiquées par Rollet, le chancre mixte ne serait inoculable au porteur que dans la proportion de 6 pour 100. D'après Puche et Fournier, la proportion devrait être réduite à 2 pour 100.

Le traitement du chancre mixte devrait être à la fois celui du chancre simple (cautérisation, pansement de la plaie) et celui du chancre syphilitique (emploi du mercure).

5° SYPHILIS CONSTITUTIONNELLE.

§ I. — Historique.

Lorsque le chancre spécifique, induré, infectant, s'est manifesté avec tous ses caractères, la syphilis constitutionnelle apparaît ; le chancre en est le premier indice. Dès lors tous les tissus de l'organisme peuvent manifester la syphilis. Il existe dès ce moment dans cet organisme une sorte de diathèse acquise qui y vit

(1) Louis Nodet, *Études cliniques et expérimentales sur le chancre mixte*, thèse inaugurale. Montpellier. 1863.

pour ainsi dire parasitairement et y évolue suivant un certain ordre. C'est la succession de ces manifestations diathésiques que l'on a appelée syphilis *secondaire*, syphilis *tertiaire;* le plus souvent on se sert de l'expression *accidents* secondaires ou tertiaires, mauvaise locution qu'il vaudrait mieux supprimer et remplacer par l'expression *symptôme.* Dans sa marche, la syphilis constitutionnelle affecte une certaine progression presque régulière, et n'atteint pas indifféremment toutes les parties de l'organisme en même temps; il y a un siége pour la syphilis secondaire et un autre siége pour les symptômes tertiaires; ni le siége ni les altérations morbides ne sont semblables suivant le degré où la syphilis est parvenue. Les premiers syphilographes (Jean de Vigo, Thierry de Héry) divisaient déjà la syphilis en deux périodes : 1° le *chancre ;* 2° la syphilis *confirmée.* Hunter décrivait ainsi la marche de la syphilis : « Les parties affectées par la syphilis constitutionnelle à sa première » période et que j'appelle parties du premier ordre sont : la peau, les amygdales, » le nez, la gorge, la surface interne de la bouche et quelquefois la langue. Quand » la maladie atteint sa seconde période, le périoste, les aponévroses et les os res- » sentent l'action de la syphilis; ce sont les parties du second ordre. » C'est une idée généralement reçue que la syphilis marche de la périphérie au centre, occupant d'abord la surface de la peau et de certaines muqueuses, puis se jetant ensuite sur les tissus profonds. Ricord a contribué à établir cette doctrine qu'il formule en ces termes. « La syphilis se divise naturellement en périodes : *première période :* » accident primitif, le chancre source obligée de la syphilis acquise; le chancre » avec le bubon; *deuxième période :* accidents secondaires ouvrant la scène des » symptômes de la syphilis, c'est-à-dire succédant au chancre dans les premiers » mois, accidents des tissus superficiels; *troisième période :* accidents tertiaires ne » se manifestant qu'à une époque déjà assez éloignée de l'accident originel, rare- » ment avant le terme d'une demi-année, pouvant apparaître au delà, dans un » espace presque illimité ; accidents affectant les tissus profonds, et tellement dif- » férents de ceux qui se produisent sur les parties externes, qu'ils semblent, comme » le disait Hunter, constituer une autre maladie. » Sont-ce réellement d'autres tissus, d'autres régions qu'affectent successivement la syphilis secondaire et la syphilis tertiaire, ou ne serait-ce pas une partie différente des mêmes tissus? Bassereau a émis cette opinion que la syphilis à toutes ses périodes affecte la peau, certaines muqueuses et le tissu osseux, mais qu'elle atteint d'abord la surface de ces tissus dont elle affecte plus tard le centre. Ce fait est évident en ce qui concerne les syphilides; on sait en effet combien est fréquente et variée cette manifestation de la syphilis à toutes ses périodes.

Plusieurs auteurs ont essayé de classer les manifestations syphilitiques d'après une méthode naturelle. L'école allemande a cru pouvoir établir cette classification d'après les lésions anatomiques; Bœrensprung d'abord, Virchow (1) ensuite ont tenté d'établir une classification d'après ces principes. Pour Bœrensprung, la syphilis secondaire se traduit surtout par des hypérémies ou de simples exsudats, la syphilis tertiaire s'accusant au contraire par des altérations plus avancées. Pour Virchow, les symptômes secondaires sont dus à des troubles fonctionnels, à une irritation nutri-

(1) Virchow, *La syphilis constitutionnelle*, traduit de l'allemand par le docteur Paul Picard. Paris, 1860.

tive, à une tendance hyperplasique. Les symptômes tertiaires ont pour manifestation intime des productions morbides celluleuses ou fibreuses qui aboutissent à la forme gommeuse et à l'ulcération. Cet auteur semble ne pas tenir compte de la succession chronologique de ces accidents, lesquels pourraient exister à la fois avec des caractères si différents dans divers tissus. Sigmund (1) propose une classification chronologique d'après laquelle les symptômes se succéderaient à des époques et dans des limites de temps déterminées, les symptômes secondaires ne se montrant pas avant la sixième semaine, les tertiaires étant reculés jusqu'au sixième mois, et à partir de cette époque tous les accidents qui peuvent survenir appartenant à la période tertiaire. On admet généralement aujourd'hui la succession chronologique des symptômes syphilitiques. Les symptômes tertiaires peuvent se montrer à une époque fort éloignée (plusieurs années) du début de la maladie ; ils peuvent manquer absolument, la maladie s'éloignant soit par la réaction propre de l'organisme, soit par l'influence du traitement.

§ II. — Symptômes, première période.

Peu de temps après l'infection, c'est-à-dire après l'apparition du chancre, les symptômes prodromiques apparaissent. Nous verrons plus loin quelle est l'époque moyenne d'apparition de ces symptômes, dès à présent nous dirons qu'ils apparaissent quelques semaines après l'accident initial. Les malades éprouvent un malaise avec lassitude, courbature, céphalalgie, la physionomie est altérée, on sent l'action d'une diathèse sérieuse en voie d'évolution. Il y a de l'anémie et de la cachexie, cet état se marque par les vertiges, les palpitations, les éblouissements. La douleur de tête devient intense; elle occupe surtout les tempes, quelquefois elle se répand sur tout le crâne. Qu'il y ait à ce moment une véritable anémie, cela est certain ; on entend chez quelques sujets le souffle significatif des vaisseaux du col. On a signalé en pareil cas une altération du sang consistant en une diminution du nombre des globules. La *céphalalgie* est le phénomène dominant, à cette période; il y a en même temps hyperesthésie de la peau de la tête et du visage. La *céphalée prodromique* est donc un symptôme important et presque caractéristique. Quelquefois cette douleur se montre d'une façon irrégulière et comme intermittente; mais elle est rebelle au sulfate de quinine. Quelquefois l'ensemble des symptômes que nous venons de signaler est complété par un léger état fébrile que l'on a nommé *fièvre syphilitique*, et qui coïncide habituellement avec des exacerbations dans les douleurs de tête.

La *céphalée* n'est pas le seul symptôme névralgique de la syphilis prodromique; il se produit des douleurs en d'autres points, notamment dans les articulations : ce sont les douleurs *rhumatoïdes* de la syphilis, lesquelles affectent particulièrement les genoux, les coudes, les épaules; il y a souvent aussi des douleurs musculaires, du torticolis; le biceps, le deltoïde sont souvent endoloris. C'est principalement la nuit que se montrent la *céphalée* et les douleurs *rhumatoïdes* de la syphilis. On n'est point fixé sur le véritable siége anatomique de ces manifestations morbides. La mobilité de ces douleurs, leur déplacement rapide, l'absence de toute trace maté-

(1) Sigmund, *Wiener mediz. Wochenscrift*, 1856.

rielle de leur passage, autorisent à penser qu'il y a là simple fluxion. Nous avons dit que Bassereau pense qu'il y a là déjà une lésion anatomique, superficielle il est vrai. Il n'y a pas encore, à la vérité, dit cet auteur, d'altérations très-appréciables à la vue, mais ne saurait-il y avoir, dans les os, comme dans les autres tissus, des altérations syphilitiques de tous les degrés?

L'*adénite* ou *adénopathie* cervicale est un des premiers symptômes de la syphilis. C'est à la région postérieure du cou que se montre cette altération caractéristique des ganglions. L'adénite post-cervicale est un des premiers signes que rencontre le syphilographe, et c'est par un mouvement pour ainsi dire instinctif que la main du médecin se porte en arrière du cou pour y percevoir ce précieux indice.

Il est plus rare de rencontrer l'adénopathie aux aisselles ou aux aines, et en tout cas en ces régions ce signe n'a pas la même valeur. Quelquefois l'engorgement des ganglions cervicaux apparaît même avant toute éruption cutanée. Cullerier et Bazin pensent que l'engorgement ganglionnaire est toujours motivé par une éruption du cuir chevelu; Ricord n'est pas de cet avis, et la plupart des syphilographes admettent l'induration des ganglions sans éruption préalable. Ces adénites sont dures, indolentes et n'ont aucune tendance à la suppuration.

L'*alopécie* a été observée quelquefois comme l'un des premiers symptômes de la syphilis; cependant le plus souvent ce symptôme se montre à une période plus avancée de la maladie; on en trouvera plus loin la description.

§ III. — Deuxième période, ou période des symptômes secondaires confirmés.

Durée de la période prodromique. — Les prodromes occupent l'espace de temps qui sépare le chancre des éruptions syphilitiques, lesquelles sont la plus éclatante manifestation de la syphilis constitutionnelle; quelquefois les symptômes prodromiques accompagnent la roséole syphilitique. Ces symptômes, d'après Ricord, apparaîtraient le plus souvent du quatrième au septième septénaire. D'après Bassereau, l'époque d'apparition serait le trentième jour en moyenne; ce chiffre résulte de 107 observations. Diday, sur 52 cas, a trouvé une moyenne de quarante-six jours, à dater de l'apparition du chancre (1). M. Robert donne les deux chiffres suivants : minimum trente-cinq jours, maximum quatre mois. Dans la statistique de Diday la roséole est apparue, en moyenne, quarante-six jours après le début du chancre.

Ces symptômes ont été reconnus par les premiers observateurs dès le XVe siècle; ils ont été décrits sous le nom de *morbus pustularum;* mais la grande variété de ces affections syphilitiques de la peau, en frappant l'attention des médecins, amena en même temps la confusion dans la description. Les éruptions superficielles, la roséole, les syphilides plus profondes, l'ecthyma, les affections serpigineuses, furent décrits ensemble et comme une forme plutôt que comme une période de la maladie. Les maladies de la peau ne devinrent l'objet d'une étude spéciale qu'à une époque rapprochée de nous. Alibert (1822) réunit sous un nom

(1) P. Diday, *Exposition critique et pratique des nouvelles doctrines sur la syphilis.* Paris, 1858, p. 266.

commun (*syphilides*) les éruptions appartenant à la syphilis. Biett classa les syphilides d'après la méthode de Willan. Les premiers observateurs avaient simplement divisé les éruptions en *petites* et en *grosses pustules*. Fernel reconnut quatre espèces d'éruptions. La *pelade* et l'*onglade*, les *taches* et les *boutons secs*, les *boutons humides*, les *croûtes* et les *ulcères*, les *affections plus profondes* des os, des muscles, etc. Cullerier l'ancien admettait onze espèces de pustules. Lagneau en admettait douze. Biett reconnaissait sept ordres de syphilides. Alph. Cazenave (1), Legendre (2), Bassereau (3), Diday, Rollet (4), Bazin (5) surtout et Hardy (6) doivent être cités parmi les auteurs contemporains qui ont élucidé cette question. Aujourd'hui cette partie de la syphilis est l'une des mieux étudiées.

Bazin reconnaît à la syphilis cinq temps : dans le premier temps apparaît le chancre; dans le second temps se montrent les premières syphilides accompagnées de prodromes et d'une sorte d'état fébrile comparable à celui qui marque le début des fièvres éruptives; le troisième temps montre la deuxième poussée syphilitique, les syphilides se circonscrivent, surviennent tard et laissent des cicatrices; le quatrième temps est celui des syphilides ulcéreuses; le cinquième temps est caractérisé par l'apparition des plaques indurées sur la tunique albuginée du testicule. Bazin a proposé la classification suivante des syphilides :

A. — Syphilides résolutives.

PREMIÈRE SECTION. — *Exanthématiques*.

1° Érythémateuse	Maculeuse ou rubéolique. Granulée. Squameuse.
2° Papuleuse	Lenticulaire. Miliaire.
3° Pustuleuse	Lenticulaire. Miliaire. Phlyzaciée.
4° Vésiculeuse	Varicelliforme.

DEUXIÈME SECTION. — *Circonscrites*.

1° Tuberculeuse	En groupes. En anneaux. Squameuse.
2° Pustulo-crustacée	Épaisse. Miliaire. En groupes.
3° Papulo-vésiculeuse	Éparse. En corymbes. En cercles.

(1) Alph. Cazenave, *Traité des syphilides*. Paris, 1843.
(2) Legendre, *Nouvelles recherches sur les syphilides*, thèse. Paris, 1841.
(3) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852.
(4) Rollet, *Recherches sur quelques maladies de la peau réputées rares et exotiques et qu'il convient de rattacher à la syphilis* (*Arch. de méd.*, 1861, et *Traité des maladies vénériennes*, 1865).
(5) Bazin, *Leçons théoriques et cliniques sur les syphilides*, recueillies et publiées par Louis Fournier. Paris, 1859.
(6) Hardy, *Leçons sur la scrofule et la syphilis*, 1864.

TROISIÈME SECTION. — *Ulcéreuses.*

B. — Syphilides ulcéreuses.		
	1° Puro-vésiculeuse	Disséminée (forme maligne). En groupes.
	2° Tuberculo-ulcéreuse	En groupes. Serpigineuse.
	3° Gommeuse	Éparse. En groupes.

Nous adopterons pour la description des caractères généraux et pathognomoniques des syphilides l'ordre suivi par Hardy (1).

Caractères généraux. — Les syphilides peuvent affecter la plupart des formes qui appartiennent aux maladies de la peau, quelle que soit la diathèse qui les produise. Elles peuvent se présenter en même temps sous plusieurs formes élémentaires réunies; c'est ce que Hardy appelle *polymorphie.* Les caractères propres aux syphilides sont nombreux. Il n'en est pas de plus frappant que la *couleur.* A lui seul ce signe a une valeur tellement prédominante et exclusive, qu'il suffit dans un grand nombre de cas pour établir le diagnostic. Les syphilides sont d'une teinte foncée, sombre. Quelques auteurs se complaisent à appeler cette couleur : *triste*, de *mauvaise apparence;* le plus sûr est de l'appeler *couleur syphilitique.* Il est difficile de décrire cette coloration spéciale. Les anciens ne craignaient pas les comparaisons naïves; Fallope comparait cette couleur à celle du maigre du jambon, Swediaur au cuivre rouge (*coloration cuivrée*). Aujourd'hui encore les expressions de *couleur de jambon* ou *teinte cuivrée* sont fort en usage dans les cliniques. Cette coloration se montre non-seulement sur l'éruption, mais encore sur la *cicatrice.*

La *forme* a été signalée comme particulière. Les éruptions sont souvent disposées en cercles. Cette disposition s'observe plutôt sur les éruptions anciennes, et elle n'a qu'une valeur très-secondaire, attendu qu'on la rencontre dans un grand nombre d'éruptions qui n'ont rien de syphilitique, notamment dans l'herpès circiné et dans certaines espèces de scrofulides.

Absence de réaction, de douleurs, et de démangeaison. — Tandis que les psoriasis, prurigo, eczéma, occasionnent de vives douleurs, un prurit insupportable, les syphilides au contraire se font remarquer par l'absence de toute réaction locale, de toute douleur. On explique ainsi comment les syphilitiques peuvent porter pendant longtemps une éruption sans le savoir ; en effet, les éruptions situées sur le tronc n'annoncent le plus souvent leur présence que par la démangeaison ; or ce signe fait ici défaut. Cependant il n'est pas rare que le prurigo se mêle aux éruptions syphilitiques du cuir chevelu et occasionne une vive démangeaison.

Suites des éruptions. — Les phénomènes secondaires des éruptions sont multiples. Souvent les syphilides donnent lieu à des ulcérations, à des croûtes, à des squames, à des cicatrices profondes, parfois à des ulcères suppurants et tenaces. Les *squames* sont blanches, minces, superficielles, moins abondantes et moins épaisses que celles du psoriasis franc. — Les *croûtes* sont épaisses, irrégulières stratifiées, en coquilles, elles adhèrent fortement à la peau. — Les *ulcérations* sont profondes, à bords nets et durs, sans décollement, avec fond grisâtre; le pus est fétide et sanieux. — Les *cicatrices* sont en général *arrondies*, déprimées, ridées;

(1) Hardy, *Leçons sur la scrofule et les scrofulides, la syphilis et les syphilides*. Paris, 1864.

la couleur en est d'abord brune, puis ensuite blanche. — En reproduisant la forme des éruptions les cicatrices sont un indice précieux pour un diagnostic rétrospectif.

Les *taches* sont souvent très-persistantes, alors même qu'il n'y a pas d'altération profonde, cicatricielle, de la peau; en général elles sont larges, rondes et brunes ou jaunâtres, fréquemment on les rencontre sur les membres inférieurs et le dos. Elles peuvent persister indéfiniment.

La *symétrie* a été considérée comme un des caractères propres des éruptions syphilitiques. Il est certain que pour les plaques muqueuses anales, la reproduction symétrique d'un accident semblable de l'autre côté est un fait très-commun. Ici on a pu invoquer l'inoculation par contact; mais il y a des régions où cette explication ne peut être appliquée; par exemple lorsqu'il y a éruption à l'un et à l'autre angle externe des yeux, aux deux doigts médius, etc. D'après Melchior Robert la disposition symétrique aurait droit de prendre rang au nombre des caractères généraux des syphilides, et pourrait seconder le diagnostic, au même titre que la couleur, la forme et le siége.

§ IV. — Siége.

Les syphilides ont des lieux de prédilection, bien qu'on puisse les rencontrer sur toutes les parties du corps. Quelques syphilides spéciales occupent de préférence certains siéges. Ainsi la syphilide papuleuse se voit surtout en arrière du cou; la roséole est plus apparente à la partie interne qu'à la partie externe des membres; le psorasis affecte plûtot la plante des pieds et la paume des mains, et la syphilide pustuleuse le cuir chevelu. Les plaques muqueuses se développent près de l'orifice des muqueuses. En indiquant avec raison ces diverses manifestations qui ont des siéges privilégiés, Hardy (*loc. cit.*) ne donne point l'explication de cette particularité. Il semble qu'on ne puisse se refuser à reconnaître ici cette loi physiologique qui préside à toutes les manifestations anatomo-pathologiques, à savoir, que les produits morbides sont ce qu'est le tissu sur lequel ils se produisent, ou du moins sont profondément modifiés par le milieu qui les nourrit et les engendre.

§ V. — Marche.

En général la marche de ces éruptions est lente et chronique; cela est surtout vrai pour les éruptions de la période avancée. La roséole syphilitique est quelquefois très-rapide dans son évolution; elle peut traverser l'organisme sans être aperçue. Ainsi s'expliquent les erreurs de diagnostic.

§ VI. — Diagnostic.

Chacun des signes que nous venons d'indiquer pris isolément ne suffirait pas pour le diagnostic, mais, hâtons-nous de le dire, ce n'est que par une pure abstraction qu'on parvient à faire cette analyse, laquelle n'est utile qu'au point de vue de la description. En fait, les choses ne se passent pas ainsi dans la nature; ces signes sont non pas isolés mais réunis, et il y a dans une éruption syphilitique un ensemble qui saisit vivement l'attention de l'observateur. N'en est-il pas de même pour l'observation des espèces en histoire naturelle; un premier coup d'œil suffit et l'observa-

tion synthétique l'emporte de beaucoup sur l'analyse. Si le doute existe ou si l'expérience du médecin n'est pas suffisante pour lui faire reconnaître à première vue une syphilide, il faudra recourir à l'examen des antécédents morbides, et c'est ici qu'il sera utile de posséder la méthode d'interrogation rigoureuse qu'a mise en pratique l'école médicale *d'observation*. D'ailleurs il est impossible d'admettre qu'une syphilis sérieuse ait pu s'implanter et vivre dans l'organisme pendant un certain temps et ne pas laisser de trace de son passage.

6° SYPHILIDES EN PARTICULIER.

Les auteurs ont adopté des classifications variées pour les syphilides, suivant qu'ils considéraient la forme, l'apparence, le siége, la lésion anatomique, la précocité ou l'ancienneté de l'éruption. Bazin (1) reconnaît trois classes ou sections de syphilides : les syphilides, 1° *exanthématiques*, 2° *circonscrites*, 3° *ulcéreuses*. Follin (2) les divise en huit classes d'après la méthode de Willan, ainsi qu'il suit : 1° *érythémateuse*, 2° *papuleuse*, 3° *vésiculeuse*, 4° *bulleuse*, 5° *pustuleuse*, 6° *maculeuse*, 7° *squameuse*, 8° *tuberculeuse*.

Langlebert reconnaît les syphilides *sèches* et les syphilides *humides*. La première division comprend les syphilides *érythémateuses*, *papuleuses*, *squameuses*, *tuberculeuses sèches* ; dans la seconde division se placent les syphilides *vésiculeuses*, *bulleuses*, *pustuleuses*, *tuberculeuses humides*. Hardy (3), considérant l'âge de la maladie plutôt que la nature anatomique ou la forme des éruptions, a rangé les syphilides en trois groupes : 1° les syphilides précoces ; 2° les syphilides intermédiaires ; 3° les syphilides tardives.

Les premières, ou syphilides précoces, se montrent de trois semaines à huit mois après le chancre ; les syphilides intermédiaires, de six mois à un an ou deux ans ; les syphilides tardives ou tertiaires, de deux ans à dix ans et même trente ans après l'accident primitif. A l'exemple de Hardy nous décrirons cinq formes différentes de syphilides précoces : 1° la syphilide exanthématique ; 2° la syphilide papuleuse : 3° la syphilide pustuleuse superficielle ; 4° la syphilide varioliforme ; 5° la syphilide végétante.

7° SYPHILIDE EXANTHÉMATIQUE OU ÉRYTHÉMATEUSE, OU ROSÉOLE.

L'exanthème syphilitique est la plus commune et la plus constante des éruptions de la syphilis. D'après quelques auteurs ce phénomène ne ferait jamais défaut ; cette opinion rencontre quelques contradicteurs. Il convient de dire que cet exanthème, ne donnant lieu souvent à aucune réaction, peut passer inaperçu. La *roséole syphilitique*, tel est le nom sous lequel cette éruption est généralement désignée depuis Biett. Cazenave a décrit un érythème syphilitique papuleux, Bassereau admet l'érythème papuleux et le maculeux ; Bazin reconnaît quatre formes de syphilide exanthématique : 1° la syphilide érythémateuse ; 2° la syphilide papulo-tuberculeuse ; 3° la syphilide pustuleuse ; et 4° la syphilide vésiculeuse.

(1) Bazin, *Leçons sur les syphilides*. Paris, 1859.
(2) Follin, *loc. cit.*
(3) Hardy, *Leçons sur la scrofule, la syphilis et les syphilides*. Paris, 1864.

La *roséole syphilitique* est un accident précoce ; elle se montre d'habitude en même temps que l'engorgement des ganglions inguinaux et cervicaux. Elle apparaît ordinairement de trois à six semaines après l'accident primitif ; l'extrême limite de son apparition est le troisième ou le quatrième mois. D'après une statistique de Bassereau (1) on reconnaît l'influence du traitement mercuriel sur l'époque d'apparition de l'exanthème syphilitique : chez les malades qui n'avaient suivi aucun traitement, la roséole s'est montrée du trentième au soixantième jour ; chez ceux qui avaient été soumis à un traitement mercuriel, elle est apparue du soixantième au quatre-vingt-dixième jour.

§ I. — Description.

L'éruption est caractérisée par les signes suivants : taches rouges irrégulièrement arrondies, disposées en cercles ou en demi-cercles, quelquefois sans régularité aucune ; ces taches sont lisses ou un peu granuleuses, à peine saillantes, disparaissant par la pression. Les dimensions varient depuis le diamètre d'une lentille jusqu'à celui d'une pièce de 1 franc. La *couleur* varie, et il est important de connaître les causes de cette variation, laquelle est due principalement à l'âge de l'éruption. Elle est d'abord rose tendre ou rouge vif, et tend à devenir plus foncée, jaunâtre, cuivreuse ; c'est cette teinte que J. L. Petit caractérisait par le nom de *peau truitée.* Quelquefois ces taches, pendant la période de décroissance, prennent une teinte grisâtre. La coloration et la saillie sont parfois si peu accentuées, qu'on reconnaît difficilement l'éruption ; Langlebert propose le nom de *flavéole* pour désigner la roséole devenue jaunissante.

§ II. — Siége.

La roséole peut se montrer sur toutes les parties du corps ; elle a cependant certains siéges de prédilection, par exemple le tronc, la base de la poitrine, les flancs, la face interne des membres supérieurs, le dos, les épaules et les lombes, plus rarement au cou et au visage.

§ III. — Symptômes.

En général cette éruption ne donne pas lieu à des manifestations morbides intenses ; elle peut passer inaperçue, ainsi que nous l'avons dit. Cependant dans quelques cas où elle est confluente, elle peut s'accompagner au début, de frisson, de malaise, de fièvre (*fièvre syphilitique*). Ce qui caractérise le mieux la roséole c'est l'absence des symptômes qui marquent les éruptions fébriles ; *il n'y a pas de démangeaisons* ni de cuisson. Lorsqu'il y a du prurit, il existe en même temps quelque autre éruption. Ainsi s'expliquent la bonne foi et l'ignorance des malades qui nient avoir présenté des accidents secondaires, parce qu'ils n'ont éprouvé aucun malaise qui les avertît de cette manifestation morbide.

§ IV. — Marche.

Elle dure en général plusieurs semaines, un ou deux mois ; d'après Follin, sa

(1) Bassereau, *Traité des affections de la peau symptomatiques de la syphilis*. Paris, 1852.

durée serait de six semaines à cinq mois, si l'on n'a fait aucun traitement. On l'a vue disparaître quelquefois après un trouble fonctionnel, une émotion, une saignée. La roséole dure d'autant plus longtemps qu'elle s'est montrée plus tardivement. Elle se développe le plus souvent avec lenteur, peu à peu. Dans d'autres cas, lorsqu'il y a eu quelque cause occasionnelle excitante, comme un bain, un exercice violent, une vive émotion, elle se montre brusquement et couvre en vingt-quatre heures presque toute la surface du corps. La roséole se termine par résolution, lentement, progressivement ; dans des cas rares que nous avons indiqués il y a rétrocession brusque.

§ V. — Diagnostic.

Le diagnostic ne saurait offrir de véritable difficulté pour quiconque aura retenu les signes indiqués plus haut. La rougeole, maladie aiguë fébrile à marche rapide, s'accompagnant de catarrhe des voies respiratoires, avec prostration et appareil fébrile intense, la roséole, qui s'accompagne de fièvre quelquefois, de malaise presque toujours, constamment de démangeaisons, qui marche avec rapidité, ne peuvent être confondues avec l'érythème syphilitique. Il en est de même de l'urticaire. L'éruption copahique pourrait, à la rigueur, en imposer pour une roséole syphilitique. Il faut, dit Bazin, « éviter l'erreur commise par Cazenave, lorsqu'il décrit pour des roséoles consécutives à une blennorrhagie, des éruptions pathogénétiques déterminées par l'usage du copahu. » Cette éruption, que Cazenave a décrite sous le nom d'*érythème syphilitique*, ne s'est rencontrée, en effet, que chez des malades atteints de blennorrhagie, et qui tous avaient été traités par le copahu ; or ce n'étaient pas des blennorrhagies syphilitiques, ainsi que l'a cru cet auteur, c'étaient des roséoles copahiques. On évitera facilement cette confusion, en admettant qu'on ne sache pas que l'on est en présence de malades atteints de blennorrhagie et traités par le baume de copahu, si l'on se souvient que cette éruption, en général, se limite aux poignets, aux mains, aux malléoles et aux jarrets, qu'elle débute brusquement, qu'elle s'accompagne de démangeaisons vives, et qu'elle disparaît en une ou deux semaines.

§ VI. — Complications.

Nous avons dit que la roséole coïncidait avec la fin du chancre, avec les indurateurs ganglionnaires ; souvent se montrent en même temps les plaques muqueuses. D'autres éruptions coexistent souvent. D'après Bassereau, sur 153 malades atteints de roséole syphilitique, 106 avaient des éruptions croûteuses du cuir chevelu, avec des taches cuivreuses au front et dans le sillon naso-labial ; aux pieds et aux mains il y avait des papules avec desquamation de l'épiderme. Les plaques muqueuses existaient quatre-vingt-huit fois sur 92 malades ; 32 avaient une rougeur vive de l'isthme du gosier avec douleur et gonflement. Quelquefois l'alopécie accompagne la roséole.

§ VII. — Pronostic.

La syphilide érythémateuse pronostique la syphilis constitutionnelle avec tout le cortége des accidents qui en peuvent découler. En elle-même cette éruption est sans gravité, sans importance ; elle ne laisse pas de cicatrice. Elle peut être consi-

dérée comme un signe précieux par sa durée même, et elle pourrait prendre le nom d'accident *prémonitoire*, en ce sens qu'elle avertit le médecin, et le met, pour ainsi dire, en demeure d'instituer un traitement spécifique.

§ VIII. — Traitement.

Il n'y a pas de traitement local ; le traitement par le mercure peut diminuer la durée de la roséole, et l'éteindre assez rapidement. Il est préférable que les malades atteints de roséole syphilitique ne s'exposent pas au froid.

8° SYPHILIDE PAPULEUSE.

Tel est le nom généralement donné à l'une des variétés précoces les plus constantes parmi les manifestations cutanées de la syphilis. Bazin l'appelle *papulo-tuberculeuse* et la subdivise en syphilide *papuleuse lenticulaire* et *syphilide papuleuse miliaire*. Hardy désigne les deux variétés principales de cette éruption sous les noms de *syphilide papuleuse lenticulaire* et *syphilide papuleuse plate*.

9° SYPHILIDE PAPULEUSE LENTICULAIRE.

Elle coïncide souvent avec la roséole et s'accompagne parfois, au début, de phénomènes réactionnels, tels que céphalée, douleurs rhumatoïdes, etc. Elle consiste en taches arrondies, plates, du volume d'une lentille, faisant une légère saillie; ces taches sont sèches et se terminent par résolution. Leur coloration varie suivant l'époque de l'éruption; au début elles sont d'une teinte rouge vif, mais elles passent rapidement à la *teinte cuivrée* caractéristique qu'elles conservent longtemps, puis elles passent à la coloration brune. Lorsque l'éruption a disparu, les maculatures brunâtres persistent encore pendant longtemps.

D'abord l'éruption pâlit sous la pression du doigt, mais bientôt ce signe ne se produit plus ; l'épiderme se ride, se flétrit, et il se produit une desquamation très-marquée qui commence par la circonférence sous la forme d'une collerette blanchâtre sur laquelle Biett a surtout attiré l'attention. Lorsque la desquamation est très-intense et devient le phénomène pour ainsi dire caractéristique de l'éruption, celle-ci prend le nom de *syphilide papulo-squameuse*.

§ I. — Siége.

Il est à peu près le même que celui de la roséole avec quelques différences ; elle affecte surtout le tronc, les flancs, les lombes, la poitrine, le col, le front, les organes génitaux et les membres.

§ II. — Symptômes.

Ils sont presque nuls ; il n'y a le plus souvent ni prurit ni douleur, et cette éruption est plutôt trahie par des phénomènes objectifs (la coloration et la saillie) que par des sensations perçues par le malade.

§ III. — Marche.

Elle est lente, et sa durée est de trois à huit semaines. Lorsqu'elle se fait par

poussées successives, elle peut avoir une durée de plusieurs mois; dans ce cas on trouve sur le même sujet des papules à tous les degrés de leur évolution, dans le même temps.

§ IV. — Terminaison.

Cette éruption se termine par résolution : l'affaissement de la papule a lieu, elle change de couleur, la desquamation se produit, et les taches persistent pendant un temps assez long. Cette éruption apparaît en moyenne au sixième mois après le chancre (Legendre, Bassereau).

§ V. — Diagnostic.

Il est facile : l'absence de toute réaction, la marche lente de l'éruption, sa coloration spéciale la feront d'abord reconnaître; on ne la confondra ni avec le *lichen* qui consiste en très-petites papules réunies en plaques, ni avec l'*érythème papuleux* qui donne lieu à de vives démangeaisons, ni avec l'*acne indurata* dont les boutons pustuleux et pointus n'affectent que la partie supérieure du corps.

§ VI. — Pronostic.

Le *pronostic* est sans gravité, la syphilide papuleuse étant une des éruptions précoces de la syphilis.

10° SYPHILIDE PAPULEUSE PLATE ET EN PLAQUES.

Cette syphilide survient à la même époque et dans les mêmes conditions que la précédente; elle en diffère par sa forme. Au lieu de petites papules arrondies lenticulaires, elle montre de larges papules à peine saillantes et qui atteignent un diamètre d'un centimètre et au delà. Leur coloration est brune et cuivrée; leur nombre est restreint. Elles siégent surtout au front, au dos et sur la poitrine. La durée de cette éruption est d'un ou deux mois; elle se termine par desquamation, laisse une tache brune qui disparaît peu à peu et ne donne jamais lieu à une cicatrice. Parmi les variétés de cette éruption, il en est une à laquelle Bazin a donné le nom de *plaques muqueuses de la peau*, et qui consiste en plaques rouges saillantes ovales qui se montrent au front, au cou, sur le dos et la poitrine. Cette éruption se recouvre promptement de squames jaunes. Elle se termine aussi sans laisser de cicatrices.

La syphilide *cornée* appartient également aux éruptions que nous décrivons, c'est-à-dire à celles qui marquent le début de la seconde période de la syphilis. Elle a pour siége spécial la plante des pieds et la paume des mains, et consiste en de petites plaques arrondies lesquelles deviennent promptement sèches et dures comme de la corne. Elle disparaît par desquamation. D'après Hardy, l'aspect spécial de cette éruption n'est dû qu'à l'épaisseur de l'épiderme des parties où elle se développe.

Le diagnostic de la syphilis cornée est aisé; on ne pourra la confondre avec le *psoriasis palmaire* ou plantaire qui consiste en une éruption plus confluente de taches formant cercles et entourés d'un liséré rouge.

11° SYPHILIDE PUSTULEUSE SUPERFICIELLE.

D'après Hardy, la syphilide pustuleuse superficielle consiste en une éruption croûteuse du cuir chevelu confondue à tort avec l'impétigo ou l'ecthyma. Elle coïncide le plus souvent avec la roséole ou la syphilide papuleuse. Elle consiste en petites pustules superficielles, de peu de durée, laissant à leur place une tache brune très-prononcée. Cette éruption n'est pas cause d'alopécie. D'après Hardy, elle ne doit pas non plus être considérée comme étant la cause prochaine de l'engorgement des ganglions cervicaux, lesquels sont souvent indurés avant l'apparition de toute éruption.

12° SYPHILIDE VARIOLIFORME.

Cette variété répond aux syphilides vésiculeuses herpétiques, scabioïdes, pustuleuses, miliaires, de divers auteurs, que nous décrirons plus loin. Nous plaçons ici la syphilide varioliforme dont nous reparlerons, parce que cette éruption appartient le plus souvent aux syphilides précoces; elle se montre du quatrième au sixième mois après le chancre. Elle est quelquefois précédée de prodromes qui ont quelque analogie avec ceux qui marquent le début des éruptions fébriles : inappétence, courbature. Elle coïncide quelquefois avec l'angine syphilitique, circonstance qui peut contribuer à rendre le diagnostic plus obscur au début.

Cette éruption consiste en plaques rouges saillantes pisiformes surmontées de vésicules acuminées, quelquefois ombiliquées. Ces vésicules contiennent une sérosité qui devient louche, se sèche et forme une croûte épaisse de couleur verdâtre. Cette éruption dure environ quinze jours, et lorsque la croûte tombe, à sa place se voit une macule brune lente à disparaître. La *syphilide varioliforme* peut occuper toutes les parties du corps, elle est en général très-disséminée. Quelquefois elle se fait par poussées successives et peut ainsi se prolonger pendant plusieurs mois. Il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel de cette éruption lente et apyrétique et de la variole ou de ses dérivés. Les différences sont telles que le parallèle de ces deux maladies ne saurait être essayé.

Sous le nom de *syphilide granuleuse*, Hardy décrit une éruption consistant en petites excroissances quelquefois groupées, qui se montrent principalement dans le sillon naso-labial et au menton, et qui apparaissent de six à huit mois après l'accident initial.

13° SYPHILIDES INTERMÉDIAIRES.

Ces éruptions apparaissent pendant le cours de la seconde période de la syphilis, du quatrième au vingt-quatrième mois; elles sont moins disséminées et sont plus nettement limitées et contournées que les syphilides précoces; elles offrent la coloration cuivrée plus intense; elles sont lentes et ont une durée mal déterminée; elles peuvent laisser après elles de légères cicatrices blanches, superficielles. Nous adopterons la classification de Hardy, c'est-à-dire la division de ces syphilides en cinq formes différentes : 1° la syphilide pigmentaire; 2° la syphilide vésiculeuse; 3° la syphilide pustuleuse; 4° la syphilide squameuse; 5° la syphilide tuberculeuse.

14° SYPHILIDE PIGMENTAIRE.

Cette éruption a été décrite, d'abord en 1853, par Hardy, et plus tard, par Pillon (1). Elle consiste en taches grises et blanches ne faisant point saillie et ne donnant point lieu à la desquamation. Elles sont sous-épidermiques; leur diamètre est de 1 à 2 centimètres. Les taches blanches sont produites par la diminution du pigment. Il y a inégalité de répartition de la substance pigmentaire. C'est au cou et sur la poitrine qu'on observe cette éruption; elle se rencontre plus fréquemment chez les femmes. La durée de la syphilide pigmentaire est variable, quelquefois indéfinie. Le mercure n'a pas d'action sur cette éruption, ce qui a permis à quelques auteurs d'en mettre en doute la nature spécifique.

15° SYPHILIDE VÉSICULEUSE.

On peut admettre indifféremment trois ou quatre variétés de cette sorte de syphilide. Bassereau en décrit quatre : 1° la syphilide à forme de *varicelle ;* 2° la syphilide à forme d'*eczéma ;* 3° la syphilide à forme d'*herpès;* 4° la syphilide vésiculeuse à *base papuleuse.* Bazin n'admet que la varicelle, rangeant l'herpès circiné dans les maladies parasitaires, niant l'herpès syphilitique à grosses vésicules, et rapportant aux plaques muqueuses certaines formes de syphilide vésiculeuse. Hardy indique trois formes de syphilides vésiculeuses : 1° la syphilide *varioliforme;* 2° la syphilide *eczémateuse*, et 3° la syphilide *herpétiforme.* La première de ces variétés a été décrite plus haut.

16° SYPHILIDE VÉSICULEUSE ECZÉMATEUSE.

Elle est caractérisée par de petites vésicules formant des groupes irrégulièrement disposés, et entourées d'un cercle brun cuivré. Ces vésicules contiennent un liquide, lequel se résorbe laissant un épiderme flétri qui s'exfolie et une tache qui s'efface, ou bien il y a épanchement du liquide et formation de croûtes foncées plus épaisses que celles de l'eczéma. Cette éruption se montre très-rarement sur le visage; elle a une marche lente et chronique, et dure habituellement plusieurs mois.

17° SYPHILIDE HERPÉTIFORME.

Assez semblable à la précédente, cette syphilide se montre sous la forme de vésicules miliaires dont le liquide forme croûte. Elles sont disposées en cercle comme l'herpès circiné et ont une auréole rouge cuivrée.

18° SYPHILIDE PUSTULEUSE.

Parmi les syphilides pustuleuses, il en est deux qui appartiennent plus particulièrement à la période secondaire, ce sont : 1° la syphilide pustuleuse acniforme ; 2° la syphilide ecthymateuse superficielle.

(1) Pillon, *Des exanthèmes syphilitiques,* thèse inaugurale. Paris, 1857.

19° SYPHILIDE PUSTULEUSE ACNIFORME.

Ces pustules sont directes, disséminées, de la grosseur d'un grain de millet ou de chènevis, elles ont une base rouge d'abord, brune plus tard, qui ne suppure pas, à évolution lente ; elles se rompent au bout de deux ou trois semaines et forment une croûte jaunâtre qui tombe et laisse à sa place une tache foncée. Quelquefois il se forme une cicatrice blanche et superficielle. Cette éruption se montre le plus habituellement sur le cuir chevelu, la face et les membres inférieurs. Sa durée est de un ou deux mois.

20° SYPHILIDE ECTHYMATEUSE.

Cette éruption est plus fréquente que la précédente ; elle a reçu les noms d'*ecthyma* et de *variole syphilitique ;* elle apparaît un peu plus tard ; elle s'accompagne quelquefois au début de malaise, de courbature, etc. Elle est caractérisée par des pustules à base rouge, quelquefois ombiliquées (variole). Ces pustules sont très-larges et peuvent atteindre les dimensions d'une pièce de 50 centimes. Généralement elles forment des groupes arrondis. Elles renferment du pus, forment des croûtes d'un brun verdâtre qui recouvrent une ulcération peu profonde, et laissent une cicatrice superficielle. C'est sur le tronc et les membres, rarement sur le cuir chevelu, que se montre cette éruption.

En général, l'ecthyma syphilitique lorsqu'il apparaît à une période peu avancée est l'indice d'une syphilis maligne. Il se produit surtout chez les individus anémiés, affaiblis, cachectiques.

21° SYPHILIDE SQUAMEUSE.

Quelques auteurs, Bazin surtout, n'admettent pas que les squames soient un caractère spécial à une éruption syphilitique en particulier. Cependant cette forme se rencontre dans certains cas dès le début des éruptions, et mérite une description spéciale que nous empruntons à Hardy (1).

En gouttes (*guttata*), connue sous le nom de *psoriasis syphilitique*, cette éruption est constituée par des taches arrondies, larges de 3 à 10 millimètres, peu saillantes, d'un rouge cuivré, et recouvertes de squames blanches très-fines qui tombent et laissent à nu une tache brillante. C'est en général du sixième au vingt-quatrième mois qui suit le chancre, que se manifestent ces éruptions qui siégent principalement sur les membres supérieurs et sur le tronc. La syphilide *squameuse* est quelquefois *circinée* et se montre alors sur le visage, au menton et autour des lèvres (lèpre syphilitique).

22° SYPHILIDE PALMAIRE ET PLANTAIRE.

Sous le nom plus connu de *psoriasis palmaire*, on désigne cette éruption syphilitique fréquente qui se montre sous la forme de larges plaques inégales et fendillées qui se durcissent et se couvrent de lamelles cornées ; plus tard la desquama-

(1) Hardy, *Leçons sur la scrofule et les scrofulides, et sur la syphilis et les syphilides.* Paris, 1864.

tion découvre des taches larges d'un rouge foncé. C'est à la paume des mains et à la plante des pieds que siégent ces taches qui sont tantôt isolées tantôt confluentes. Les gerçures qui se forment dans les plis de la main sont en ce cas très-douloureuses.

Cette éruption est lente à se développer ; elle dure plusieurs mois. Quelquefois on l'a vue se prolonger pendant plusieurs années. Elle résiste parfois au traitement général et doit être traitée localement. Elle est tout à fait caractéristique et par cela même compromettante au plus haut degré.

23° SYPHILIDE TUBERCULEUSE.

Cette variété décrite sous le nom de syphilide *tuberculo-plastique* (Langlebert) appartient à la variété sèche. Elle est moins commune que les espèces précédentes. Elle affecte surtout le visage, le dos, la nuque et les membres supérieurs. Elle est constituée par de petites masses dures arrondies ou ovalaires, pleines, solides, occupant le derme dans toute son épaisseur, disséminées le plus souvent, quelquefois formant des groupes, et disposées en cercles. Ces tumeurs ont un volume variable et ne dépassent pas les dimensions d'un gros pois. Elles se recouvrent de squames légères, blanches, et tombent, laissant une tache un peu enfoncée, de couleur sombre, qui peut disparaître ou laisser une légère cicatrice. La marche de cette éruption est lente ; elle se prolonge pendant plusieurs mois. La syphilide tuberculeuse en groupes appartient généralement à une période déjà avancée de la syphilis ; elle est plus grave que les syphilides que nous avons passées déjà en revue ; elle laisse des cicatrices indélébiles.

24° SYPHILIDES TARDIVES.

Ces éruptions se montrent longtemps après l'accident primitif ; elles ne débutent guère avant deux ans écoulés et elles peuvent se montrer au bout de dix ou vingt ans, alors que depuis longtemps on a perdu de vue et oublié l'accident initial. Ces syphilides sont croûteuses et forment des ulcérations.

La marche de ces syphilides est lente ; elles durent quelquefois pendant plusieurs années et se montrent souvent rebelles au traitement.

Elles accompagnent les phénomènes tertiaires, exostoses, nécroses, gommes. Le plus généralement on décrit, à cette période, les éruptions bulleuses : *pemphigus* et *rupia*.

Alibert le premier a donné la description du *pemphigus* syphilitique sous le nom de *syphilis pustulante pemphigoïde*. Cette forme a surtout été étudiée dans la syphilis des enfants nouveau-nés. Pour plusieurs syphilographes contemporains le pemphigus n'aurait pas le caractère spécifique de la syphilis, et ne serait qu'une éruption cachectique. Cette éruption se montre sous la forme de bulles qui affectent surtout la paume des mains et la plante des pieds, quelquefois tout le corps ; ces bulles sont larges, rondes, peu tendues ; elles contiennent un liquide roussâtre séro-sanguinolent ; la bulle crève et se sèche ou laisse une ulcération peu profonde.

Le *rupia* n'est pas, comme le pemphigus, une éruption particulière à l'enfant nouveau-né. Le *rupia*, forme tardive des éruptions syphilitiques, a la forme de bulles

rares disposées sur le dos, les épaules et le front. On désignait autrefois ces bulles sous le nom de *pustulæ ostracosæ* à cause des croûtes épaisses et stratifiées qui se forment à leur surface. A la bulle succède une ulcération profonde. Hardy n'admet que deux formes de *syphilides tardives:* 1° la *syphilide pustulo-crustacée ;* 2° la *syphilide ulcéreuse.*

Syphilide pustulo-crustacée. — Le caractère essentiel de cette éruption est la formation d'une croûte épaisse recouvrant une ulcération. Cette éruption peut avoir, au début, différentes formes, telles qu'une pustule d'ecthyma profond, ou plusieurs petites pustules, ou des bulles larges et remplies d'un liquide séro-sanguinolent. Ces bulles ou pustules se rompent promptement et sont remplacées par une croûte recouvrant un ulcère. La croûte persiste longtemps et l'on voit rarement au contraire le début de l'éruption. C'est à la tête ou aux membres inférieurs qu'on rencontre surtout cette syphilide *pustulo-crustacée* caractérisée par des croûtes épaisses verdâtres, sèches, adhérentes. Voici, d'après Hardy, l'apparence que présentent les diverses variétés de cette syphilide : « Dans la forme ecthymateuse la croûte est bombée au centre et ses bords sont enchâssés dans la peau environnante, qui est épaisse, saillante et cuivrée ; dans la forme impétigineuse, les croûtes sont moins saillantes, inégales, granuleuses, fendillées, débordant la surface ulcérée ; dans le *rupia*, les croûtes sont noirâtres, saillantes, coniques, stratifiées comme des écailles d'huîtres, et entourées d'une auréole cuivrée. Souvent, autour de la croûte, l'épiderme se soulève, il s'y accumule une nouvelle quantité de sérosité sanguinolente qui se dessèche et augmente l'étendue de la croûte à son centre. »

L'épaisseur de ces croûtes est considérable ; la largeur de l'ulcération ne dépasse pas 5 ou 6 centimètres ; les bords en sont taillés à pic, le fond est anfractueux et irrégulier, quelquefois végétant, recouvert d'une fausse membrane ; le liquide qui s'écoule de ces ulcères reforme très-rapidement des croûtes. Lorsque les croûtes se sont desséchées et sont tombées, on voit, à la place de l'ulcère, se former une cicatrice arrondie avec perte de substance, tissu cicatriciel enfoncé, dont la couleur d'abord rouge ou cuivreuse devient blanche par la suite.

La marche de ces éruptions est lente et irrégulière ; elle peut durer plusieurs années. En général elle a lieu par poussées successives.

Le *diagnostic* a besoin d'être éclairé. On peut hésiter entre une éruption syphilitique et les éruptions cachectiques (*ecthyma cachecticum*). On se souviendra que cette dernière forme affecte principalement les vieillards et qu'elle occupe presque exclusivement les membres inférieurs. Les *scrofulides pustuleuses* peuvent aussi être confondues avec les *syphilides pustuleuses*. Ce qui les distingue, outre la constitution scrofuleuse du malade, c'est la différence de coloration des croûtes lesquelles sont blanches dans les *scrofulides*, le décollement des bords et l'absence de fausses membranes dans les ulcérations scrofuleuses, enfin la différence des cicatrices qui dans cette dernière affection au lieu d'être blanches et déprimées sont au contraire rouges et saillantes.

Le *pronostic* de la syphilide crustacée offre une certaine gravité en raison de la période avancée de la maladie et de la menace des accidents du côté des os, et aussi à cause de l'état cachectique du sujet.

Syphilide ulcéreuse. — Il n'y a pas de syphilide ulcéreuse d'emblée, l'ulcère

succède toujours à une autre lésion, telle que bulle, pustule, etc. Mais c'est l'ulcère qui domine, qui persiste, qui est la lésion essentielle, et l'on peut considérer l'éruption qui y a donné lieu comme le moyen de l'ulcère. Suivant que l'ulcère a tendance à creuser ou à s'étaler, on le distingue en *syphilis ulcéreuse serpigineuse*, ou en *syphilide ulcéreuse perforante.*

Syphilide ulcéreuse serpigineuse. — La syphilide ulcéreuse serpigineuse peut débuter par une syphilide pustulo-crustacée dont les pustules se rapprochent, ou par des tubercules rouges et durs du volume d'un pois ou d'une noisette. La fonte de ces produits morbides forme des ulcérations que recouvre une croûte d'un vert noirâtre.

L'ulcère a des bords taillés à pic et durs; les phénomènes morbides suivent la marche indiquée plus haut pour la syphilide pustulo-crustacée. Ce qu'il y a de particulier ici c'est la formation successive de tubercules ou pustules, se succédant et formant une traînée ulcéreuse, les ulcérations se faisant à côté d'une cicatrice.

La cicatrice est d'abord violette, ensuite blanche.

La forme générale de l'éruption peut être ramenée à deux types principaux; elle est centrifuge ou en cordon, ou traînée.

Le *siége* des ulcères syphilitiques serpigineux est surtout le voisinage des articulations, le dos, les épaules et le visage.

La *marche* est extrêmement lente et chronique; les ulcérations laissent des cicatrices gaufrées profondes et nécessairement indélébiles.

Le *pronostic* emprunte sa gravité à l'état de cachexie dont l'éruption est l'indice.

Syphilide ulcéreuse perforante. — C'est l'éruption la plus fâcheuse, la forme la plus grave de la syphilis cutanée; elle constitue, en tant que lésion locale, une maladie inquiétante et dont les conséquences au point de vue social (lorsqu'elle siége au visage) peuvent être déplorables. Le début de cette syphilide comme de la variété précédente est souvent l'apparition de tumeurs rouges, lisses, dures, tuberculiformes, lesquelles sont indolentes et ne tardent pas à se détruire par suppuration. Une ulcération qui d'abord est peu profonde se recouvre d'une croûte noirâtre.

La tendance ulcéreuse s'étend et occupe toute la masse de ces tubercules, lesquels s'enfoncent profondément, et en dépasse les limites, si bien que les tissus fibreux, cartilagineux, osseux, peuvent être frappés de mort et compris dans l'ulcération. Cette ulcération profonde, irrégulière, anfractueuse, laisse écouler un pus sanieux et fétide. Les croûtes se reproduisent avec une grande rapidité et la cicatrice se fait tardivement. A la suite de ces ulcères profonds et destructeurs, la cicatrice est nécessairement enfoncée, irrégulière et souvent difforme.

§ I. — Traitement des syphilides.

Nous avons indiqué, à la fin de cet article, le traitement de la syphilis à ses diverses périodes, et nous avons donné des formules se rapportant aux accidents variés que produit cette affection constitutionnelle à formes multiples. Nous donnons cependant ici quelques indications thérapeutiques spéciales, à cause de l'importance particulière des syphilides.

Les indications sont de deux ordres : générales et locales. Suivant la nature de

la syphilide et en s'aidant des autres éléments du diagnostic, on saura reconnaître si l'éruption appartient à la période primaire, moyenne ou tertiaire, et le traitement différera suivant les cas. Les syphilides *précoces* qui apparaissent dès le début de la syphilis en même temps que les accidents *secondaires*, demandent le traitement de la syphilis initiale (préparations mercurielles).

Dans tous les cas, les toniques reconstituants sont indiqués, par exemple, le fer, le quinquina, l'huile de foie de morue. Les *syphilides* moyennes ou intermédiaires doivent être traitées également par les mercuriaux.

Lorsqu'on est en présence des syphilis tardives, c'est-à-dire d'une manifestation syphilitique de la dernière période (*tardive* ou *tertiaire*), c'est à l'iodure de potassium seul ou associé au mercure qu'il faut avoir recours, soit qu'on associe les deux médicaments dans une même préparation pharmaceutique, soit qu'on les emploie isolément et successivement. Hardy administre en pareil cas une ou deux pilules de Sédillot pour le soir et de 1 à 4 grammes d'iodure de potassium, 2 grammes le plus souvent. C'est à la période avancée surtout qu'il convient de s'occuper de l'état général, de l'ensemble de la constitution, des forces, et d'employer les moyens hygiéniques alimentaires ou autres propres à relever le niveau de la constitution du malade.

Le *traitement local* des syphilis consiste souvent en un pansement simple et en lotions. Cependant dans quelques cas on se servira avec avantage de pommades irritantes, onguent digestif, onguent Canet, ou de la préparation suivante préconisée par Hardy :

♃ Minium..... } aa 2 gram.		Axonge ou cérat ...... 30 gram.
Cinabre..... }		

Les bains simples ou médicamenteux jouent un grand rôle dans le traitement de la syphilis cutanée. On emploie alternativement et suivant les cas, les bains simples, alcalins, sulfureux, de sublimé, les fumigations cinabrées.

La médication thermale peut rendre de très-grands services dans le traitement de la syphilis, surtout lorsqu'il y a des éruptions. C'est généralement aux eaux minérales sulfureuses que l'on donnera la préférence, et parmi celles-ci Baréges occupe le premier rang, viennent ensuite Bagnères-de-Luchon, Uriage, Aix, etc. Sous l'influence du traitement thermal il se produit souvent une poussée vigoureuse sur la peau, en même temps que les fonctions viscérales se font avec plus de vigueur, et que la constitution en général s'améliore.

25° PLAQUES MUQUEUSES (*accidents secondaires des muqueuses*).

§ I. — Synonymie.

Différents noms ont été donnés à ces manifestations syphilitiques des membranes muqueuses, on les a appelées *pustules plates, tubercules muqueux, syphilide papuleuse humide, exanthème des muqueuses, tubercule plat, papule ou pustule muqueuse.*

§ II. — Nature de la maladie et formes.

On a interprété diversement les lésions syphilitiques; quelques auteurs y ont vu le début de la syphilis, opinion erronée puisqu'il est démontré que toute syphilis débute par un chancre. Ce qui a pu encourager les auteurs qui ont soutenu cette opinion, c'est que, d'une part, la plaque muqueuse, accident secondaire, est très-contagieuse et transmet facilement la syphilis, et, que, d'autre part, on voit souvent, chez les femmes surtout, le chancre sur les muqueuses se transformer *in situ* en une plaque muqueuse. De là est née une confusion qui a nui aux progrès de la syphilis expérimentale, mais qui s'est dissipée entièrement, aujourd'hui que l'inoculation des accidents secondaires est devenue un fait-principe.

D'après Legendre et Bazin la plaque muqueuse ne serait pas une lésion des muqueuses seules, mais pourrait affecter la peau et affecterait certaines formes décrites avec le nom de *syphilide papuleuse ou pustuleuse.* Beaucoup d'auteurs n'ont vu dans les *plaques muqueuses* que des ulcérations. D'autres ont voulu assimiler les manifestations muqueuses de la syphilis aux éruptions cutanées; l'érythème, la pustule, la papule, en effet, peuvent se rencontrer sur les muqueuses. On ne peut nier qu'il y ait quelque analogie entre les manifestations cutanées et les manifestations muqueuses de la syphilis, soit que sous une même influence diathésique tous les tissus aient tendance à engendrer des produits morbides analogues, soit que la constitution anatomique de ces tissus détermine des lésions comparables à cause même de l'analogie de leur structure. Baumès (1) a décrit l'exanthème et les papules, la forme squameuse et les formes ulcéreuses des éruptions syphilitiques des membranes muqueuses. Ricord, Bassereau, admettent un érythème passager des muqueuses, accompagnant l'exanthème syphilitique précoce. Pillon (2) a décrit les exanthèmes syphilitiques de la peau et des membranes muqueuses. Melchior Robert (3) a consacré un chapitre spécial à ces éruptions des muqueuses.

Erythème — L'érythème ou exanthème de la gorge a été observé le plus souvent au début de la syphilis. Il se manifeste sous l'aspect d'une rougeur uniforme qui occupe le voile du palais, la luette et les amygdales, avec sensation de cuisson et de sécheresse, le plus souvent sans érosion. Quelquefois cet exanthème se produit par points isolés comme la roséole elle-même. Ces taches peuvent ensuite devenir papuleuses et s'ulcérer. Cullerier admet un érythème tardif avec état granuleux. Martellière a décrit (4) au voile du palais des taches qui se desquament et ressemblent au psoriasis. Gubler a observé le *coryza syphilitique* au début de la syphilis secondaire. Ce coryza produisait une sécrétion très-abondante. On a lieu de penser qu'il existe en pareil cas un erythème de la muqueuse nasale.

Cullerier pense qu'il existe une *entérite syphilitique*, principalement chez les enfants.

Forme papuleuse. — La *plaque muqueuse* consiste en une saillie molle, arrondie, qui débute par une rougeur suivie d'un soulèvement de l'épithélium. Les bords de la plaque muqueuse sont élevés, quelquefois ils se détachent nettement,

(1) Baumès, *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes,* 1840.
(2) Pillon, *Des exanthèmes syphilitiques.* Paris, 1857.
(3) Melchior Robert, *Traité des maladies vénériennes.* Paris, 1861.
(4) Martellière, *De l'angine syphilitique,* thèse. Paris, 1854.

d'autres fois ils se fondent avec les tissus voisins. Leur couleur est variable, tantôt rose et se confondant avec la couleur des muqueuses, tantôt d'un rouge intense, ou violacé, ou bien elles se recouvrent d'une pellicule blanchâtre, d'un enduit pultacé. Elles n'affectent jamais la couleur cuivrée. Elles sont sèches ou humides. Leur apparition peut être favorisée par quelques circonstances locales, telles que l'humidité de la région, la présence de produits d'excrétions âcres, le contact habituel des surfaces.

§ III. — Siége.

Les parties le plus fréquemment affectées de plaques muqueuses sont la vulve' l'anus, le pli génito-crural, les bourses, le pénis, les amygdales, le pharynx, les commissures buccales et les lèvres, l'ombilic. Elles sont plus fréquentes chez les femmes et chez les enfants. Hardy cite le tempérament lymphatique comme prédisposant aux plaques muqueuses. Voici deux statistiques qui indiquent le siége habituel des plaques muqueuses.

Deville et Davasse (1), observant sur 186 femmes, ont trouvé :

Vulve	174
Anus	59
Périnée	40
Fesses et partie interne des cuisses	38
Amygdales	19
Nez	8
Langue	6
Orteils	5

Bassereau a recueilli les chiffres suivants, sur 130 hommes syphilitiques :

Anus	110
Amygdales	100
Scrotum	66
Bouche, lèvres	55
Gland et prépuce	28
Voile du palais	27
Langue	18
Piliers du voile du palais	17
Face interne des joues et des lèvres	11
Espaces interdigitaux	11

On trouve aussi des plaques muqueuses à l'angle interne de l'œil, dans le canal auditif, sur les mamelons, sur le cou de l'utérus. Exceptionnellement on les rencontre en d'autres points, sous la mamelle, dans les plis du cou, au front, au cuir chevelu.

Le *nombre* des plaques muqueuses n'est pas en général très-considérable, et en cela elles diffèrent des éruptions syphilitiques de la peau. Elles sont généralement

(1) Davasse et Deville, *Archives générales de médecine*. Paris, 1845. — Davasse, *La syphilis, ses formes, son unité*. Paris, 1865.

disposées en petit nombre dans la même région. La plaque muqueuse peut être isolée, *solitaire*. Généralement elles n'existent pas comme manifestation unique de la syphilis, et elles sont accompagnées d'autres produits syphilitiques, notamment des syphilides.

La transformation *in situ* du chancre en plaque muqueuse est un fait qui a été signalé par Ricord et étudié depuis avec le plus grand soin, en raison de l'importance que ce fait a pris par rapport aux diverses théories sur l'inoculation de la syphilis. Deville et Davasse (1) ont étudié ce phénomène. Nous leur empruntons ce qui suit : « Quand un chancre doit se transformer en plaque muqueuse, ce qui arrive ordinairement du quinzième au cinquantième jour de son existence, il paraît d'abord entrer dans la période de réparation ; sa surface, de grisâtre qu'elle était, devient bourgeonneuse et rouge, de la circonférence au centre ; de sorte que celui-ci est encore grisâtre et déprimé, tandis que celle-là est déjà rosée. En même temps l'auréole devient plus manifeste et d'une teinte plus sombre, on la voit s'étendre en largeur, se tuméfier légèrement, et former avec la circonférence du chancre un disque lisse régulier, d'une coloration violacée, saillant au-dessus de la peau. Ce phénomène marchant avec la cicatrisation du chancre, il en résulte un disque plus saillant et plus large qui se recouvre d'une pellicule fine à la circonférence, tandis que le centre non cicatrisé reste déprimé, rougeâtre et quelquefois grisâtre, ayant l'aspect véritablement chancreux. Quelquefois on voit, ainsi que l'a signalé Ricord, le bord déchiqueté, le liséré qui existe à la circonférence de la plaque muqueuse dont toute la surface est bourgeonnante et qui indique la trace d'une ulcération précédente de la peau.

Enfin l'élévation et la cicatrisation continuent de marcher de la circonférence au centre ; les dernières traces du chancre primitif disparaissent peu à peu, et il en résulte la saillie granuleuse, régulière, recouverte de la pellicule membraniforme, et qui constitue la plaque muqueuse au dernier terme de son développement. Cette transformation est beaucoup plus fréquente chez les femmes que chez l'homme. »

§ IV. — Diagnostic.

Le diagnostic différentiel se tirera des signes que nous avons déjà indiqués et qui sont propres au chancre induré, *induration*, *adénopathie* indolente, etc.

§ V. — Marche.

La *marche* des plaques muqueuses est lente. Elles forment de larges surfaces végétantes qui leur ont mérité le nom de *plaques*. Elles sont fissurées, irrégulières, le plus souvent humides et couvertes de pus, végétantes, d'où est née la confusion qui a fait méconnaître les caractères différentiels des végétations franches, lesquelles ne sont pas syphilitiques, et des granulations molles syphilitiques. Lorsqu'elles ne sont pas traitées, les plaques muqueuses persistent pendant plusieurs mois, puis elles guérissent d'elles-mêmes. Sous l'influence du traitement elles disparaissent promptement. Elles s'affaissent d'abord, se flétrissent, se sèchent, et il reste une tache ou macule violette qui plus tard disparaît. La plaque muqueuse peut s'ulcérer

(1) Deville et Davasse, *Archives de médecine*, 1845.

et quelques auteurs ont décrit à part les plaques muqueuses et les ulcérations de muqueuses; c'est la même affection vue sous des aspects différents ou a différentes périodes.

Les *macules* des membranes muqueuses doivent être rangées parmi les accidents du même ordre, elles apparaissent d'emblée ou consécutivement aux plaques muqueuses. On les rencontre surtout sur les bords de la langue. Ce sont des taches arrondies d'un blanc laiteux. Quelquefois elles occupent la commissure des lèvres et la face interne des joues. On les rencontre surtout chez les fumeurs. Elles sont extrêmement tenaces et quelquefois elles ne disparaissent pas quel que soit le traitement employé.

26° RÉTRÉCISSEMENT SYPHILITIQUE DU RECTUM ET DE L'ŒSOPHAGE.

Nous dirons quelques mots, à l'occasion de la syphilis des membranes muqueuses, d'un accident consécutif aux accidents syphilitiques de l'œsophage et du rectum.

Rétrécissement du rectum. — Gosselin a surtout attiré l'attention des médecins sur les rétrécissements syphilitiques du rectum (1), accident qui avait été signalé par Morgagni, Rayer, Lagneau, Baumès; Bœrensprung, en 1855, et Leudet (2) ont publié plusieurs faits de ce genre.

L'*anus* est le siége de végétations et de tumeurs hypertrophiques des papilles du derme, la muqueuse anale est rouge et mamelonnée, elle est le siége d'une phlegmasie chronique; quelquefois on y trouve des trajets fistuleux. Le rétrécissement peut être tel que le doigt ne puisse y pénétrer; il est habituellement situé à 4 ou 5 centimètres au-dessus de l'anus; il est constitué par une transformation fibreuse avec atrophie de la muqueuse et hypertrophie de la couche musculeuse. La suppuration est un phénomène constant: il y a difficulté extrême à opérer la défécation et douleur excessive. Le traitement doit être à la fois général et local; il faut opérer le débridement et placer des mèches pour entretenir la dilatation.

Rétrécissement de l'œsophage. — Follin (3) a rencontré plusieurs cas de rétrécissement de l'œsophage pouvant se rapporter à la syphilis, fait qui jusque-là avait été à peine indiqué ou même soupçonné par les syphilographes. Follin rapporte deux cas de dysphagie œsophagienne avec syphilis: dans l'un de ces cas, il existait un psoriasis palmaire et le malade a guéri sans traitement local; dans l'autre, les lésions étaient plus profondes, cicatricielles, et la guérison, malgré l'emploi de la sonde, a été incomplète.

27° ADÉNITE SYPHILITIQUE.

Sous ce nom il faut comprendre les engorgements chroniques et généralisés des ganglions lymphatiques, phénomène constant, mais plus ou moins prédominant dans la syphilis constitutionnelle. Sigmund a consacré un chapitre spécial à cet état diathésique. C'est principalement à titre d'élément du diagnostic que cette question

(1) Gosselin, *Recherches sur les rétrécissements syphilitiques du rectum* (*Archives de méd.*, 1854, et *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chirurg. pratiques*, art. ANUS. Paris, 1864, t. II.
(2) Leudet, *Moniteur des sciences*, 1860.
(3) Follin, *Arch. gén. de méd.*, 1853.

doit être étudiée. On voit, ainsi que nous l'avons dit plus haut, les ganglions s'indurer en même temps que se manifestent les accidents de la syphilis secondaire. Bazin et Cullerier précisent que cet engorgement est consécutif aux éruptions ; l'opinion la plus généralement admise est que cette adénite n'est pas consécutive, et qu'elle survient d'emblée. Ce sont principalement les ganglions cervicaux postérieurs qui forment cette pléiade si précieuse pour le diagnostic de la syphilis. L'engorgement des ganglions, soit cervicaux, soit axillaires ou inguinaux, ne tend pas à la suppuration. Il persiste pendant un temps indéfini, et n'est pas sensiblement modifié par le traitement.

28° ALOPÉCIE SYPHILITIQUE.

L'alopécie, ou chute des cheveux et des poils, peut se montrer à différentes périodes de l'évolution syphilitique. Quelquefois ce phénomène se montre dès le début des accidents secondaires, avant la roséole elle-même. Les poils tombent et la plus légère traction suffit pour les enlever. L'alopécie peut n'atteindre que les cheveux, mais elle se montre quelquefois sur toutes les régions garnies de poils, sourcils, cils, pubis, barbe, poils des membres. Il y a des cas rares d'alopécie générale. Pendant longtemps on a regardé la chute précoce des cheveux comme un indice de syphilis. Les cheveux perdent leur poli et leur souplesse, ils deviennent ternes, secs et cassants. Cette chute des cheveux survient rapidement et se généralise le plus souvent, attaquant à la fois toutes les parties du cuir chevelu, même les régions inférieures et latérales que respecte la calvitie sénile. Quelquefois, après une alopécie rapide et qui atteint presque tous les cheveux, ceux-ci repoussent aussi abondants qu'auparavant, les choses se comportant alors comme à la suite de certaines maladies aiguës, la fièvre typhoïde par exemple. Souvent la calvitie reste définitive.

29° ONYXIS SYPHILITIQUE.

Cet accident est exceptionnel ; il consiste en une altération des ongles qui se montre à la période secondaire de la syphilis, et qui n'est pas sans analogie avec les lésions syphilitiques de la peau. Langlebert décrit l'*onyxis sec* et l'*onyxis humide*. Cette altération se rencontre fréquemment dans les syphilis des enfants nouveau-nés. L'ongle devient jaune et terne, cassant, soit en totalité, soit dans une de ses parties. Il en résulte une chute totale ou partielle de l'ongle, et l'ongle qui repousse est souvent difforme. Quelquefois il y a inflammation du sillon cutané de l'ongle et suppuration abondante, dans ce cas, la déformation consécutive est très-apparente.

30° IRITIS SYPHILITIQUE.

L'iritis appartient aux périodes secondaire et tertiaire de la syphilis, plus fréquemment à la période secondaire. C'est un accident qu'il est important de reconnaître à temps, d'abord comme élément de diagnostic, ensuite au point de vue du traitement qui doit être promptement appliqué. L'iritis débute le plus souvent par des douleurs de tête (céphalalgie sus-orbitaire) de la photophobie et du larmoiement. Les douleurs sont plus intenses pendant la nuit. Il y a quelquefois aberrations de la vue, phénomènes subjectifs, mouches, bluettes. Le globe de l'œil est endolori

et éprouve une sensation de compression. Il y a de la rougeur, de la conjonctive, développement vasculaire, injection ; le bulbe périkératique ou sclérotidien devient très-apparent ; l'iris est modifié dans son apparence, dans sa couleur ; la pupille est moins mobile, rétrécie, et cesse d'être arrondie. Ce dernier signe a une grande valeur. La coloration est altérée différemment suivant la couleur normale de l'iris : l'iris à couleur brune devient d'un rouge sombre, l'iris bleue devient de couleur verte. Quant au rétrécissement et à la forme de la pupille, rien n'est moins régulier ; Beer pensait que l'iritis syphilitique était caractérisée par la forme ovale et verticale de la pupille. Cette déformation résulte du dépôt d'exsudats plastiques qui se font au bord de l'iris et se rétractent plus ou moins. Quelquefois il se forme des adhérences en arrière, à la capsule cristalline, circonstance qui rend plus difficile le retour de l'iris à son état normal et laisse quelquefois une déformation incurable.

M. Robert conseille, pour déterminer le siége de la lésion de l'iris, de soumettre la pupille aux divers agents qui la font contracter ou dilater. Le côté qui restera immobile sera le côté malade. Le même auteur donne l'explication suivante des variations qui surviennent pendant le cours de l'iritis, dans la forme de la pupille ; le point adhérent est invariablement fixé et ne suit plus le mouvement des autres parties. Si la portion mobile se dilate de façon à dépasser en dehors le point adhérent, ce point fera saillie dans le champ pupillaire. Si la contraction amène les parties mobiles au niveau du point adhérent, la forme de la pupille sera régulière ; si enfin cette contraction rapproche les parties mobiles du centre pupillaire, de manière à leur faire dépasser le point adhérent, cette partie, saillante dans le premier cas, se trouvera placée au sommet d'un angle rentrant.

La durée de l'iritis syphilitique est en général assez longue. Le traitement la fait cesser en peu de temps. Le *pronostic* n'est grave que dans des cas exceptionnels et lorsqu'il se présente quelque complication, telle que les abcès, l'hypopyon. Il peut se faire que l'iris reste déformé, et que la vision soit par cela même gênée.

31° ACCIDENTS TERTIAIRES DE LA SYPHILIS.

La syphilis ne réalise pas fatalement son type idéal, elle ne produit pas nécessairement tous les accidents qu'elle tient en réserve, elle n'aboutit pas toujours à la période tertiaire, elle disparaît plus tôt dans la majorité des cas. Parfois elle semble sommeiller, elle ne se manifeste plus ; un accident en révèle la présence. Les accidents tertiaires sont plus espacés, plus rares que les accidents secondaires ; ils sont plus graves par la nature des produits morbides et par celle des organes qui en sont atteints. La syphilis secondaire est superficielle, à fleur de peau, à peine laisse-t-elle quelques empreintes dans le derme. La syphilis tertiaire plonge, s'enfonce dans la profondeur des tissus, le squelette, les glandes, les viscères lui appartiennent, et elle met directement la vie en péril. On a mis en doute la nécessité de la succession des accidents dans un certain ordre ; d'après cette opinion il ne serait pas nécessaire que les accidents secondaires eussent fait leur apparition pour que les accidents tertiaires se montrassent. L'expérience de chaque jour montre que l'apparition des accidents secondaires, avant la venue des lésions profondes qu'on appelle tertiaires, est une règle presque sans exceptions. Il peut se faire que les accidents secondaires

soient combattus avec succès et éteints prématurément par le traitement, mais ils n'en ont pas moins existé en temps voulu. Il y a des véroles hâtives, graves ; mais ce sont des faits exceptionnels.

§ I. — Début.

Rarement les accidents tertiaires apparaissent avant le sixième mois ; le plus souvent leur apparition a lieu à une époque beaucoup plus éloignée du début de la syphilis. On cite les dates suivantes : dix, vingt et même trente ans. Il n'y a point d'ordre de succession dans cette sorte d'accidents ; il en est cependant qui apparaissent plus tôt que d'autres, par exemple, le testicule syphilitique.

Parmi les produits morbides qui appartiennent à la syphilis tertiaire, le plus commun, le plus important, est la tumeur gommeuse dont nous allons décrire les caractères principaux.

32° TUMEURS GOMMEUSES.

Les tumeurs gommeuses ou gommes ont été connues dès les premiers temps de l'apparition de la syphilis. On les appelle encore *nodus syphilitique* ou tubercules tertiaires. Elles semblent affecter surtout le tissu cellulaire. Elles se montrent tardivement ; d'après Ricord, on ne les verrait jamais avant un an écoulé depuis le chancre. Elles peuvent apparaître vingt ans plus tard.

§ I. — Siége.

Elles peuvent se développer partout où il y a du tissu cellulaire. C'est dans le tissu cellulaire sous-cutané et sous-muqueux qu'elles se produisent le plus souvent, sur le dos, les membres, dans la bouche, dans l'épaisseur des joues, des lèvres, au voile du palais, sur la langue.

§ II. — Nombre.

Elles peuvent être solitaires, ou se présenter au contraire nombreuses, sans cependant que leur chiffre dépasse jamais cinquante ou soixante ; encore n'existent-elles pas toutes à la fois. Ici, comme pour les accidents secondaires avancés, il se fait des poussées successives.

§ III. — Symptômes.

Les gommes doivent disparaître par élimination, par conséquent elles offrent à considérer deux périodes, l'une de formation, l'autre de destruction. Au début, elles sont de petit volume, grosses comme un pois, puis elles s'accroissent lentement, sans donner lieu à aucune douleur, à aucune réaction, atteignent un volume qui peut dépasser celui d'un œuf de poule, qui dépasse rarement celui d'une noix. Ce volume varie suivant la facilité que la tumeur trouve par son développement. D'abord pédiculées et adhérentes à la peau, les gommes peu à peu perdent leur mobilité ; elles adhèrent intimement aux tissus qui les entourent et qu'elles refoulent ; la peau s'amincit et rougit, le travail de destruction, de suppuration, s'accomplit, et le ramollissement a lieu. Alors on voit la peau se perforer et donner passage à un pus ichoreux, de consistance gommeuse, chargé de détritus organi-

ques, mêlé de sang. L'élimination de la gomme se fait par une ouverture unique, ou par une série de pertuis; le décollement de la peau et la destruction des tissus sous-jacents forment des ulcérations anfractueuses après l'élimination de la gomme. Cette ulcération a une médiocre tendance à la cicatrisation; le traitement par l'iodure de potassium arrête heureusement le développement de ces tumeurs et en amène presque infailliblement la guérison.

La structure des tumeurs gommeuses a été l'objet de travaux intéressants : Virchow, Verneuil, Ch. Robin, Van Oordt (1) et Thevenet en ont donné des descriptions. Robin, cité par Van Oordt, conçoit ainsi qu'il suit la structure des tumeurs gommeuses : Les gommes à l'état dur, c'est-à-dire dans la période d'accroissement, présentent un tissu résistant, se confondant avec le tissu cellulaire ambiant. La constitution histologique présente les caractères suivants : on y trouve en grande abondance les cytoblastions, lesquels forment les quatre cinquièmes de la masse. Ils sont plongés dans une substance amorphe finement granuleuse et demi-transparente. Absence de tissu cellulaire, existence de quelques rares fibres d tissu élastique.

On y rencontre quelques rares vaisseaux capillaires et quelques éléments fibro-plastiques. Les tumeurs plus molles, plus avancées dans leur développement, sont gélatiniformes, on y trouve les éléments décrits plus haut; mais la matière amorphe granuleuse, interposée aux cytoblastions, est beaucoup plus abondante et plus transparente. Ici on trouve des granulations graisseuses, abondantes, très-petites. En somme, ces gommes se rapprochent par leur constitution d'un certain nombre de produits transitoires, non organisés.

§ IV. — Diagnostic.

Le diagnostic n'offre pas de difficultés sérieuses à un praticien exercé. On gagnera ici à attendre; la sensation de mollesse s'accroîtra de jour en jour, la tendance à l'élimination se montrera. Si l'on fait une ponction, on verra s'écouler un liquide gélatiniforme, épais et visqueux. L'iodure de potassium sera un excellent moyen de diagnostic.

§ V. — Pronostic.

Il tire sa gravité de la période avancée de la syphilis et de l'imminence des autres accidents tertiaires, tels que caries, nécroses, exostoses. Sur les membres ou le tronc les gommes forment des plaies qui fatiguent le malade et donnent lieu à des cicatrices profondes. Les inconvénients de cet accident sont bien plus graves si la gomme siége à la face, au voile du palais, à la joue, et si elle vient à former une large perforation qui laisse après elle une difformité ou une infirmité difficilement curable; telle serait la perforation du palais. Le nez peut être détruit en partie par une gomme. Si la gomme siége dans le larynx, elle peut entraîner les plus graves accidents, même la mort.

33° SARCOCÈLE SYPHILITIQUE.

Longtemps confondu avec les maladies organiques au grand détriment des malades, le sarcocèle syphilitique a été dénoncé par Astien et bien étudié par

(1) Van Oordt, *Des tumeurs gommeuses*, thèse. Paris, 1859.

A. Cooper Bell et Dupuytren. Ricord a insisté surtout sur l'*albuginite* syphilitique. Vidal, Curling, Gosselin et Virchow ont achevé l'œuvre commencée par leurs devanciers.

§ I. — Siége et nature de la maladie.

Le sarcocèle syphilitique, d'après Ricord, est constitué par une albuginite qui gagne le testicule lui-même; jamais l'épididyme n'est primitivement malade, non plus que le canal déférent. C'est là un caractère qui différencie cette maladie de l'inflammation uréthrale blennorrhagique transmise aux glandes séminales. On trouve de petits noyaux disséminés dans le testicule, quelquefois il se forme une masse dure, homogène, qui occupe un des côtés ou le centre de l'organe. A ce moment, il y a quelquefois des douleurs; si l'on presse le testicule, le malade y éprouve la sensation que la pression y doit normalement déterminer. Plus tard, le testicule est englobé dans une masse qui l'absorbe et le déforme, la liqueur spermatique cesse d'être sécrétée, et les désirs vénériens s'effacent. Le testicule se présente alors sous la forme d'une tumeur dure, lisse, allongée, indolente, qui peut atteindre deux ou trois fois le volume que cet organe présente à l'état normal. Quelquefois il se produit un épanchement séreux dans la tunique vaginale. Rarement les deux testicules sont malades en même temps, mais ils peuvent être malades successivement.

Histologiquement la tumeur est constituée par un épanchement plastique qui se fait dans la glande séminale entre les tubes séminifères; plus tard, les tubes eux-mêmes subissent l'altération régressive et sont remplis d'une matière jaune graisseuse.

§ II. — Marche.

Le sarcocèle syphilitique est un des accidents tertiaires de la syphilis, il n'apparaît que très-rarement avec les accidents secondaires. Il marche avec une extrême lenteur et est toujours chronique; sa durée est indéfinie. Cependant la période d'augment est suivie d'une régression et d'une diminution dans le volume de la tumeur, sans que le testicule retombe à son volume normal. Il n'y a pas tendance à la suppuration : Ricord professe que le sarcocèle syphilitique ne suppure jamais. Le traitement général peut exercer une heureuse et rapide influence sur la marche de cette maladie.

§ III. — Pronostic.

Il est sérieux. Depuis que l'on sait mieux diagnostiquer le sarcocèle syphilitique, on échappe au danger de l'erreur qui conduisait les chirurgiens en pareil cas à pratiquer l'ablation de l'organe. L'infécondité et l'impuissance peuvent malheureusement résulter de cette maladie.

34° LÉSIONS DES MUSCLES ET DES TENDONS, SYPHILIS MUSCULAIRE (Virchow).

La syphilis ne borne pas son action à une série d'organes ou de tissus; elle les peut englober tous, à sa période tertiaire.

§ I. — Historique.

Longtemps méconnues, ces manifestations syphilitiques ont été étudiées depuis peu de temps. Astruc les avait signalées, Lagneau et Petit-Radel avaient parlé des *contractures syphilitiques* des muscles. P. Boyer, le premier, donna une description exacte des signes et des lésions anatomiques propres à la syphilis des muscles. Ricord, Notta, Lebert (1), Bouisson (2), Melchior Robert et Virchow (3) en ont fixé définitivement les caractères.

§ II. — Nature et marche.

Les muscles peuvent ressentir les effets de l'infection syphilitique presque au début, c'est-à-dire au commencement de la seconde période ; c'est alors que se montrent la courbature, les *douleurs rhumatoïdes*. Mais rien n'annonce encore une altération positive des muscles ; ces douleurs sont transitoires et disparaissent rapidement, elles siégent d'ailleurs au voisinage des articulations, et semblent plutôt atteindre les tissus fibreux et les tendons que les muscles eux-mêmes. Dans les cas que nous étudions ici, il y a, au contraire, persistance des douleurs et des phénomènes subjectifs, il y a gêne des fonctions et altération anatomique persistante.

La *contracture* musculaire a été signalée, mais c'est là un accident rare. Ricord, puis Bouisson, ont décrit cette maladie qui affecterait surtout les biceps et les fléchisseurs de l'avant-bras, et pourrait se montrer sur les muscles moteurs de l'œil. Les sphincters seraient aussi atteints d'après Bouisson.

§ III. — Symptômes.

Les premiers symptômes sont difficiles à discerner, la marche de l'affection est lente. Il n'y a pas, au début, de douleurs. Peu à peu les douleurs s'accusent, surtout dans les mouvements d'extension. Les douleurs nocturnes ont été signalées en pareil cas. On sent des noyaux d'induration dans l'épaisseur des muscles. Le muscle perd peu à peu son élasticité et sa faculté contractile, il se rétracte. D'après Virchow, l'altération consiste en une dégénérescence calleuse du tissu cellulaire, par suite du dépôt de tissu fibro-plastique. Lorsque la lésion a atteint son plus haut degré, la contracture est telle, que les malades sont fixés dans une position définitive, ne pouvant étendre ni fléchir leur membre, c'est principalement dans le sens de la flexion que s'opère la rétraction. Il en peut résulter une atrophie du muscle et une rétraction fibreuse incurable.

D'après Bouisson, les tumeurs permanentes reconnaissent trois degrés. Dans le premier, il y a gonflement, congestion, engouement des muscles. C'est là une sorte de phlegmasie au début. Dans le second, ce n'est plus un simple engorgement séreux, un œdème, c'est une phlegmasie véritable qui se produit, alors il y a menace de suppuration. Dans le troisième degré, s'il n'y a pas eu suppuration, les tumeurs syphilitiques des muscles s'indurent et passent par divers états dont le dernier terme est l'apparence cartilagineuse et même la production d'ostéides dans les

(1) Lebert, *Traité d'anatomie pathol.* Paris, 1861, t. I.
(2) Bouisson, *Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes : Tribut à la chirurgie,* 1858, t. I.
(3) Virchow, *La syphilis constitutionnelle.* Paris, 1860.

muscles. Virchow met en doute la terminaison par suppuration. Il rapproche les lésions musculaires des gommes. Cette gomme ne proviendrait pas de la fusion du tissu musculaire avec l'épanchement plastique, mais elle se développerait entre les éléments musculaires dont elle contient les débris en plus ou moins grande quantité. Ces tumeurs peuvent, d'après Bouisson, se montrer dans presque tous les muscles, trapèze, grand fessier, sterno-mastoïdien; les muscles des lèvres, la langue en seraient le siége de prédilection.

§ IV. — Pronostic.

Le pronostic n'est pas grave en ce sens que la vie n'est point mise en danger, mais la fonction du muscle peut être compromise et définitivement abolie si un traitement convenable n'est promptement administré.

35° LÉSIONS SYPHILITIQUES DU PÉRIOSTE ET DES OS.

Ces lésions sont fréquentes et souvent très-graves. Elles appartiennent à la syphilis tertiaire; c'est là un fait qui ne donne point de prise à la discussion; à peine cite-t-on quelques rares exceptions à cette règle. Les produits morbides, les lésions, ont une marche différente de celle des maladies analogues, mais qui procèdent d'une autre cause, soit locale, soit constitutionnelle. La spécificité ici s'accuse surtout par les modifications que le traitement imprime à la maladie. Cependant examinées en elles-mêmes, ces lésions ne présentent pas de caractère anatomique tellement particulier qu'on doive les décrire avec de grands développements. Aussi, renverrons-nous le lecteur aux traités de pathologie externe pour la description des maladies du périoste et des os. La syphilis osseuse comprend plusieurs variétés : d'abord les troubles fonctionnels et les sensations douloureuses, *douleurs ostéocopes*, puis la *périostose* et la *périostite*, l'*ostéite*, les *exostoses*, la *carie* et la *nécrose*.

36° DOULEURS OSTÉOCOPES.

Existe-t-il des douleurs spéciales à la syphilis? On l'a cru longtemps. Les douleurs des os, nocturnes, sont, en tout cas, un des symptômes les plus caractéristiques de la syphilis tertiaire. Ces douleurs sont-elles idiopathiques, sans lésions, sans trouble matériel? Cela est impossible à croire, mais elles dénoncent des lésions qui échappent encore à nos sens.

Ces douleurs ostéocopes précèdent donc et annoncent les lésions apparentes des os et du périoste. Elles ne doivent pas être confondues avec les douleurs rhumatoïdes ou névralgiques.

§ I. — Siége.

Les douleurs ostéocopes se montrent surtout dans les os superficiels, tels que le crâne, la clavicule, les tibias, le cubitus et la partie interne du radius, la tête et l'extrémité inférieure du périnée; en général la tête des os longs, le sternum, le maxillaire inférieur, les os du nez, les côtes, plus rarement le métacarpe ou le mé-

tatarse. On a observé qu'elles siégent dans la partie la plus dense et la plus compacte des os.

§ II. — Symptômes.

Le début consiste en une sensation vague de gêne, en une sorte d'engourdissement sans limite exacte. La localisation se fait peu à peu et de véritables douleurs apparaissent en un point fixe. Ces douleurs sont très-aiguës, déchirantes, *perforantes*, devenant insupportables sous l'influence de la moindre compression.

Le caractère d'exacerbation nocturne est très-important à noter ; il est constant dans cette affection. Diverses explications ont été produites pour ramener ce fait à une interprétation rationnelle. Ricord a émis l'opinion que la chaleur du lit causait ce retour des douleurs ; en effet on observe que les malades qui se couchent pendant le jour, soit par suite d'exigences professionnelles ou par tout autre motif, souffrent pendant le jour, et inversement que ceux qui se tiennent levés pendant la nuit, n'éprouvent pas alors ces douleurs. La rémission des douleurs pendant le temps de la veille et de la station n'est pas complète. Les tissus ne présentent aucune altération appréciable, ni rougeur, ni gonflement, aucun des signes de l'inflammation. L'état général subit l'influence fâcheuse de ces douleurs et de cette insomnie. La dyspepsie et par suite le dépérissement surviennent avec l'anémie et une irritabilité nerveuse excessive. Chez quelques malades la mélancolie est portée au comble. Localement, il y a gêne de certaines fonctions ; la locomotion, l'exercice des membranes en général, se font moins bien ; la respiration peut devenir pénible par suite de douleurs ostéocopes siégeant dans le sternum ou dans les côtes.

§ III. — Diagnostic.

Le diagnostic offre quelques difficultés, parce que la lésion apparente peut longtemps faire défaut. Le médecin ne peut se guider que par l'expression plus ou moins juste des sensations que le malade éprouve. Une douleur peut être attribuée à plusieurs causes ; l'erreur est facile. Si la confusion a lieu seulement entre les douleurs rhumatoïdes et les douleurs ostéocopes, on pourra facilement la corriger en examinant les signes que nous avons décrits : dans les douleurs rhumatoïdes du début de la vérole, ce sont les parties charnues des membres ou les parties fibreuses, tendineuses, voisines des articulations, qui sont le siége du mal ; d'ailleurs la douleur n'atteint pas de grandes proportions. Dans le cas de douleur ostéocope, ce sont les os eux-mêmes, certains os, les plus superficiels, qui sont le siége de la douleur, laquelle est excessive et très-limitée. Dans le premier cas le mercure, dans le second l'iodure de potassium, amèneront un prompt soulagement.

§ IV. — Pronostic.

Il ne saurait se tirer des douleurs elles-mêmes ; traité à temps, ce symptôme disparaît et le malade échappe aux suites nécessaires de la maladie. Abandonné à lui-même, il voit les douleurs se transformer en une lésion matérielle, soit périostose, ostéite, exostose, carie ou nécrose.

37° PÉRIOSTITE OU PÉRIOSTOSE SYPHILITIQUE.

On est convenu de décrire à part et de considérer comme lésion isolée la périostite, bien que l'os lui-même soit affecté en même temps à la surface. Quelquefois on n'a pas d'autre signe de l'ostéite que la périostite elle-même. On distingue trois espèces de périostite : 1° phlegmoneuse, 2° gommeuse, 3° plastique, c'est à cette dernière espèce qu'on donne le nom de périostose.

1° La *périostite phlegmoneuse* a tous les caractères propres aux phlegmasies, douleur, chaleur, gonflement; la peau devient rouge et adhère aux tissus sous-jacents, une tumeur apparaît en tout semblable à un phlegmon. Les téguments amincis se perforent et laissent écouler un pus d'abord épais, ensuite séreux et ossifluent. Si le traitement n'arrête pas les progrès du mal, il survient une ulcération dont la base est formée par la surface osseuse dénudée et cariée.

2° La *périostite gommeuse* n'offre pas la marche rapide et les symptômes douloureux de la périostite phlegmoneuse; elle survient plus lentement et a son siége entre le périoste et l'os. Elle consiste en une tumeur à base fixe dont le volume n'excède pas celui d'une noix. Cette tumeur offre une dureté médiocre; elle rétrocède et se résorbe. Le liquide qui la forme est gommeux, visqueux et paraît analogue à celui des autres gommes syphilitiques, quelquefois comparable à de la matière caséeuse (*gomme caséeuse*).

3° La *périostite plastique* ou *périostose* débute comme la périostite phlegmoneuse par des phénomènes inflammatoires, des douleurs ostéocopes, sans rougeur à la peau et sans tendance à la suppuration. Elle consiste en un épanchement de plasma entre le périoste et l'os. Ce plasma est résistant et tend à s'organiser; tel est le point de départ des exostoses.

38° OSTÉITE SYPHILITIQUE.

§ I. — Formes de la maladie.

L'ostéite syphilitique peut être destructive et produire la nécrose (ostéite sèche) ou la carie (ostéite humide); ou bien elle est plastique ou hyperplastique; la suractivité de la vie se traduit par une genèse nouvelle, par un produit osseux franc et persistant. C'est là ce qu'on appelle *exostose*.

Au début, le point où l'os nouveau doit se produire est le siége de douleurs ostéocopes intenses, le plus souvent nocturnes. Peu à peu, au point précis où se montre la douleur, apparaît une tumeur dure, dont le volume varie beaucoup et qui fait un relief sensible au doigt et à l'œil. La peau est tendue, pâle, lisse, les nerfs superficiels, les vaisseaux et les muscles mêmes peuvent être comprimés et gênés par ces tumeurs.

Il résulte de cet accident un trouble fonctionnel et une difficulté à exécuter les mouvements, surtout dans le cas d'exostose tibiale. On distingue les exostoses en deux classes : 1° *exostoses parenchymateuses*; 2° *exostoses épiphysaires*.

L'*exostose parenchymateuse* consiste en un écartement des tubes osseux par la matière plastique épanchée; si la résorption se fait à temps, il ne reste aucune déformation; quelquefois cette résorption a lieu plus tard; en ce cas, il y a des vides

et des tassements osseux, une atrophie plus ou moins étendue et qui peut compromettre la solidité de l'os. — Un autre cas est celui où l'ostéite a condensé le tissu osseux et où celui-ci, dur, épais, prend l'apparence de l'ivoire (*éburnation*).

L'*exostose épiphysaire* se développe à la surface de l'os, souvent dans le périoste lui-même; elle est plus isolée, mieux circonscrite que la précédente. Elle est moins gênante et cause moins de douleurs; elle se termine rarement par résolution et elle devient presque toujours éburnée.

§ II. — Symptômes et pronostic.

Par elle-même, l'exostose n'offre aucun danger, c'est un os difforme mais sain; cependant ce développement osseux survenu en dehors des prévisions et de l'agencement normal du squelette peut occasionner des accidents variés. Sur un os superficiel et isolé, il y a seulement gêne; sur une épiphyse, il peut se produire une difficulté à mouvoir l'articulation, et même quelquefois une luxation.

La compression exercée sur les muscles les atrophie; sur les nerfs, elle donne lieu à des névralgies ou à des paralysies. Rodet a cité un cas d'atrophie musculaire progressive causée par une exostose.

Le danger est beaucoup plus sérieux si l'exostose se développe dans les cavités contenant des organes délicats et qui ne peuvent être impunément comprimés, telles que les cavités rachidienne ou crânienne. C'est ici que du diagnostic dépend la vie du malade. Il n'y a point de signe physique, rien qui parle aux sens, ni tumeur, ni lésion anatomique apparente; les symptômes doivent guider le médecin et le conduire à la source du mal. Il peut se produire des paralysies partielles, des paraplégies, des accidents convulsifs épileptiformes, de l'hémiplégie, du coma, du délire. On ne peut énumérer ici tous les troubles du système nerveux que peut occasionner une compression de la moelle épinière ou du cerveau. La mort peut survenir rapidement, ou bien il peut se faire que le malade demeure frappé d'un trouble fonctionnel incurable. C'est ici que les renseignements recueillis de la bouche du malade et les notions acquises par l'examen direct de sa personne, la découverte des moindres traces ou cicatrices, des stigmates, doivent être soigneusement appréciés. Le traitement par l'iodure de potassium peut faire disparaître ces graves accidents, et c'est là un des succès les moins contestables dont puisse s'enorgueillir la médecine.

39° CARIE, NÉCROSE SYPHILITIQUE.

Nous ne donnerons pas ici la description de la carie et de la nécrose; la syphilis n'imprime pas de cachet spécial à ces manifestations morbides, pourtant elle les produit avec plus ou moins de rapidité, avec une prédilection marquée pour certains points; la marche de ces affections est influencée par la cause spécifique; telles sont les questions que nous étudierons ici de préférence.

Le *siége* de la carie et de la nécrose est superficiel et sur les os du crâne, le plus souvent; les os le plus fréquemment atteints sont les os du nez, le frontal, le pariétal. Les os de la face, les cornets, le vomer, les os palatins, l'ethmoïde, le maxillaire supérieur, surtout l'apophyse montante, les côtes et les extrémités des os longs sont plus rarement affectés.

Les *symptômes* varient suivant le siége; lorsque la carie ou la nécrose sont superficielles, il y a gonflement, rougeur de la peau, suppuration et perforation. abcès ossifluent à fond rugueux; il peut se faire une large et profonde ulcération. Ces plaies suppurantes épuisent le malade, elles sont lentes à la réparation et entraînent des déformations cruelles.

Les premières descriptions de la syphilis nous montrent l'horreur qu'inspiraient les malheureux défigurés par la perte du nez ou par des plaies profondes du front ou d'autres parties du visage. Si la carie ou la nécrose occupent la table interne des os du crâne, il peut se faire des méningites plus ou moins étendues, des abcès, des épanchements avec compression du cerveau. La mort peut survenir rapidement en pareil cas. S'il existe un séquestre osseux, la trépanation peut quelquefois sauver le malade.

La déformation du nez est un des accidents les plus fréquents à cette période de la syphilis; le vomer est le plus souvent atteint. Après l'élimination du séquestre, le nez s'affaisse et se déforme. Quelquefois la carie atteint les os de la base du crâne. L'ostéite médio-palatine est fréquente; elle donne lieu à une perte de substance qui fait communiquer la partie supérieure de la voûte buccale avec les fosses nasales, d'où résulte une infirmité à laquelle l'autoplastie ne peut pas toujours porter remède. L'oreille peut être atteinte; souvent il y a destruction des osselets de l'ouïe. Le bord alvéolaire du maxillaire supérieur peut se nécroser et entraîner une profonde perte de substance. Lorsqu'il y a nécrose de la branche montante de l'os maxillaire supérieur, il se forme souvent une fistule lacrymale. Il se produit aussi quelquefois des ostéites suppurées dans l'orbite, et il en résulte une cicatrice difforme avec enfoncement de l'une des paupières. On ne peut énumérer ici toutes ces lésions qui sont du domaine de la pathologie externe. Le diagnostic de la diathèse doit toujours être fait en pareil cas; il n'y a guère à hésiter qu'entre la scrofule et la syphilis. Le traitement par l'iodure de potassium, ou plutôt le traitement mixte où entre le mercure éclairera le diagnostic.

Sous le nom de *tumeurs blanches syphilitiques*, Richet a décrit : 1° la *synovite;* 2° l'*ostéite articulaire suivie de synovite.* Cette manifestation syphilitique se ferait distinguer des autres arthrites par sa marche lente et indolore, le gonflement des extrémités épiphysaires et l'épaississement de la synoviale, un épanchement lent, la tendance à l'ankylose, etc.

40° SYPHILIS VISCÉRALE.

La syphilis étend son action à l'organisme tout entier; lorsqu'elle atteint les organes superficiels, elle parle aux yeux et s'annonce par des signes certains; aussi la syphilis superficielle était-elle connue depuis longtemps, que l'on ne soupçonnait pas encore la syphilis viscérale. C'est à des auteurs contemporains que nous devons la connaissance de ces lésions profondes qui jusque-là, sans être méconnues, n'avaient pas été rapportées à la cause diathésique qui les engendre. Parmi ces auteurs, nous citerons P. Yvaren (1), Gubler (2), Bedel (3), Hildenbrandt (4),

(1) Yvaren, *Métamorphoses de la syphilis*. Paris, 1845, et *Gazette médicale de Lyon*, 1858.
(2) Gubler, *Mémoires de la Société de biologie*, et *Gazette médicale*, 1852.
(3) Bedel, *De la syphilis cérébrale*, thèse de Strasbourg, 1851.
(4) Hildenbrandt, *De la syphilis dans ses rapports avec l'aliénation mentale*, thèse de Strasbourg, 1859.

Virchow (1), Lagneau (2), Gros et Lancereaux (3), Ladreit de la Charrière (4), Zambaco (5), Leudet, Depaul, Lebert (6), Melchior Robert, Schützenberger, Ludger Lallemand, Beyran, Ch. Robin.

La syphilis viscérale a été étudiée dans ses manifestations sur les centres nerveux, sur le foie, l'appareil respiratoire et circulatoire, les reins et la rate. — Nous commencerons par décrire l'action de la syphilis sur le système nerveux central.

41° SYPHILIS DES CENTRES NERVEUX.

Il faut distinguer les lésions des centres nerveux des lésions de leur enveloppe osseuse.

Les exostoses, périostoses, caries et nécroses du crâne ou des vertèbres, amènent des inflammations consécutives ou des compressions du centre nerveux. Nous avons cité plus haut ces cas. Ce sont là des troubles indirects. On a observé des cas où c'étaient non pas des lésions de voisinage, mais des lésions directes du centre nerveux, ou de ses enveloppes, qui constituaient la maladie.

Dans un très-grand nombre de cas, à la vérité, les lésions ne présentaient rien de spécifique, non plus que les troubles fonctionnels, et la nature spéciale de la maladie n'était dénoncée que par l'étiologie rationnelle et par l'influence du traitement.

Il faudrait donc, pour être complet, passer en revue tous les troubles du système nerveux, névralgies, analgésie ou anesthésie, hémiplégie faciale, hémiplégie complète, paraplégie, délire, folie, épilepsie, etc. Nous ne pouvons embrasser un champ aussi vaste, et nous devons nous contenter d'exposer la partie la plus importante de notre sujet, renvoyant notre lecteur, pour le reste, aux maladies du système nerveux et aux traités spéciaux de syphilis.

Cette question est traitée avec de grands développements par Zambaco, qui étudie successivement les catégories suivantes : 1° affection du système nerveux avec lésions, comprenant la congestion, les lésions de la choroïde, les épanchements plastiques, les gommes encéphaliques ; 2° les affections nerveuses sans lésions appréciables ; 3° les névropathies syphilitiques ; 4° les névralgies, comprenant la névralgie sciatique, la névralgie intercostale, celle de la cinquième paire, du nerf sous-occipital, des nerfs dentaires ; 5° les paralysies des nerfs moteurs de l'œil, de l'oculo-moteur commun, du nerf facial, l'hémiplégie partielle ou complète ; 6° la paraplégie ; 7° les convulsions syphilitiques ; 8° une forme spéciale de paralysie ressemblant à la paralysie générale des aliénés ; 9° des troubles de la sensibilité générale ; 10° l'amaurose et l'amblyopie syphilitiques ; 11° les troubles du goût ; 12° les troubles de l'odorat ; 13° la chorée syphilitique ; 14° l'hystérie syphilitique ; 15° l'épilepsie syphilitique ; 16° les troubles intellectuels produits par la syphilis. — Cette énumération donnera au lecteur une juste idée de l'étendue du sujet. On

(1) Virchow, *De la syphilis constitutionnelle*, trad. de Picard. Paris, 1860.
(2) Lagneau, *Maladies syphilitiques du système nerveux*. Paris, 1860.
(3) Gros et Lancereaux, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1861.
(4) Ladreit de la Charrière, *Des paralysies syphilitiques*, thèse. Paris, 1862.
(5) Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*. Paris, 1862.
(6) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale et spéciale*. Paris, 1857-1860, t. I.

peut dire, en effet, de la syphilis comme des autres diathèses (rhumatisme, goutte, arthrites, scrofule, etc.) qu'elle peut produire presque toutes les maladies.

Anatomie pathologique. — Il ne faut pas rechercher d'élément morbide propre à la syphilis, elle détruit, et n'engendre que des produits transitoires. Les méningites, les hémorrhagies cérébrales imputées à la syphilis, ne se distinguent par aucun caractère histologique spécial.

D'après Robin et Virchow, le cerveau peut être infiltré d'un exsudat spécial plastique, qui se montre disséminé par tout l'organe ou localisé sous forme de plaques : ces plaques sont situées dans le cerveau lui-même ou sur les méninges. Luys a décrit ainsi l'histologie de ces plaques et d'une petite tumeur observées au devant du chiasma : noyaux et cellules fibro-plastiques, fibres de tissu fibro-plastique fusiformes, vaisseaux capillaires nombreux. — En résumé, il n'y a point de lésion spéciale.

Diagnostic. — Le seul élément important du diagnostic est de prouver la genèse de la maladie et d'en démontrer la provenance. Telle est, du reste, la préoccupation de tous les médecins, qui savent que la lésion locale procède souvent d'une influence constitutionnelle. Trouver la diathèse, c'est d'un seul coup trouver le remède, non-seulement à la lésion actuelle, mais à toutes celles du même ordre que l'organisme tient en réserve et qui peuvent se manifester à différentes périodes de la vie de l'individu. Les commémoratifs et l'étude des stigmates devraient former la base du diagnostic dans ces cas graves et difficiles.

42° SYPHILIS HÉPATIQUE.

§ I. — Historique.

Les affections syphilitiques du foie ont été décrites depuis peu de temps. Dittrich (1), en 1849, et Gubler, en 1852 (2), en ont donné des exemples avec relation des caractères histologiques de cette affection. Dittrich avait observé des adultes et Gubler des enfants. Ces observations furent contredites par Bohmer (3). Dufour a décrit un cas de cirrhose syphilitique (4). Nous citerons encore parmi les auteurs qui se sont occupés de cette question, Quelet (5) Lecontour (6) et Leudet (7). Virchow (8) et Frerichs (9) ont chacun consacré à cette affection un chapitre de leurs ouvrages. Sigmund a décrit quelques cas de ce genre.

§ II. — Variétés.

Il existe un certain nombre d'exemples de maladies du foie réputées cancéreuses, et qui, en cédant au traitement antisyphilitique, ont montré leur véritable nature.

(1) Dittrich, *Prager Viertelj.* 1849.
(2) Gubler, *Mém. de la Soc. de biologie*, 1852.
(3) Bohmer, *Zeitschrift f. Rat. med.* 1853.
(4) Dufour, *Bull. de la Soc. anat.*, 1851.
(5) Quelet, *Syphilis du foie*, thèse. Strasbourg, 1856.
(6) Lecontour, *Affections syphilitiques du foie*, thèse. Paris, 1860.
(7) Leudet, *Syphilis viscérale* (*Monit. des sciences méd.*, 1860).
(8) Virchow, *La syphilis constitutionnelle*. Paris, 1860, 1 vol. in-8.
(9) Frerichs, *Traité pratique des maladies du foie et des voies biliaires*, 2e édition. Paris, 1865, in-8.

On peut distinguer plusieurs variétés de lésions qui sont : la *périhépatite*, l'*hépatite*, les *gommes*, les *cicatrices*.

La *périhépatite* consiste quelquefois en une sorte d'éruption composée de petites tumeurs presque miliaires, qui se développent à la surface du foie. A leur niveau, il y a épaississement de la capsule de Glisson, et quelquefois des adhérences se forment avec le diaphragme ou le péritoine des viscères voisins. Ces adhérences sont fibreuses, dures et résistantes.

L'*hépatite*, ou lésion du parenchyme, affecte diverses formes. D'après Gubler, chez les enfants nouveau-nés syphilitiques atteints de lésion hépatique, le foie est volumineux, dur, élastique, d'une coloration jaune pâle, soit en masse, soit par places isolées. Les vaisseaux dans les régions malades sont oblitérés. Virchow décrit ainsi les lésions du parenchyme du foie : « Les lésions du parenchyme du foie affectent ordinairement la forme d'une cicatrice ; produites par l'irritation circonscrite d'un ou de plusieurs points de l'organe, elles provoquent dans ces parties l'atrophie complète du parenchyme glandulaire, laissant complétement intact le reste de l'organe. On trouve en effet (qu'il y ait ou non des tubercules gommeux) des dépressions à la surface du foie, en forme de replis radiés, d'une couleur blanchâtre. A ces dépressions viennent s'insérer des brides résistantes. A la coupe, ces points présentent, au-dessous de la capsule fibreuse très-épaissie, une masse dure, d'un blanc éclatant, très-résistante, pénétrant plus ou moins le tissu de l'organe, et s'étendant, en rayonnant, jusqu'aux autres points malades, lesquels sont souvent ainsi réunis les uns aux autres en nombre variable. On trouve parfois, au milieu de la cicatrice, les vaisseaux sanguins et les canaux biliaires conservés ; la cicatrice est alors moins résistante, moins blanche. Le plus souvent les vaisseaux et les canaux sont aussi modifiés : dans les premiers, on trouve des caillots qui finissent par s'organiser ; les seconds sont oblitérés par des concrétions biliaires. L'ascite et l'ictère peuvent être la conséquence de ces altérations.

Ici, comme dans l'orchite simple syphilitique, on a affaire à l'induration chronique, suivie d'atrophie du tissu glandulaire..... La lésion n'attaque, dans quelques cas, qu'un lobe, le lobe droit ou le gauche, et l'atrophie de la partie affectée est si complète, que le foie devient méconnaissable et ressemble à la rate ; dans d'autres cas, il se produit une déformation notable d'un lobe. Quand les cicatrices pénètrent profondément dans la glande et se réunissent, elles forment de véritables nœuds qui étranglent l'organe ; c'est ce qu'on nomme foie lobulé, et, dans les altérations syphilitiques, se présente ce caractère particulier que les indurations cicatricielles ne suivent pas nécessairement la direction des grandes ramifications de la veine porte. »

D'après les observations de Leudet, on sait que cette atrophie syphilitique du foie ne ressemble pas à la cirrhose ordinaire, laquelle présente de petites granulations ; ici le foie est sillonné, principalement dans le voisinage du ligament suspenseur, de profondes anfractuosités.

L'*affection syphilitique gommeuse* du foie a été décrite pour la première fois par Budd (1) sous le nom de *tumeurs granuleuses enkystées*. Il les considérait comme produites par une inflammation des voies biliaires, suivies de leur oblitéra-

(1) Budd, *On diseases of the Liver*, 1857.

tion avec dilatation et obstruction par les produits biliaires. Oppolzer et Bochdalek (1) avaient décrit ces tumeurs comme représentant des cancers atrophiés. Dittrich en démontra la nature syphilitique. D'après Budd, ces tumeurs seraient constituées à leur centre par une substance dense, parsemée de granulations graisseuses, avec des noyaux, quelques cellules et des filaments fibreux. Virchow a observé dans les foies syphilitiques l'altération amyloïde qui rend le foie cireux, puis une induration plus ou moins généralisée, ou une altération spéciale des cellules hépatiques qui peut être comparée à celle des cellules des reins dans l'albuminurie. Il y a d'abord augmentation de volume de ces cellules, puis état granulo-graisseux.

§ III. — Symptômes.

Ces lésions peuvent ne point donner lieu à des symptômes apparents et n'être découvertes qu'à l'autopsie. Cependant on a quelquefois observé, au début, une augmentation de volume du foie, avec sensation de gêne dans l'hypochondre droit et dans la région épigastrique. On a observé quelquefois l'ictère et l'ascite (cirrhose syphilitique). Les troubles digestifs ont été notés. On a observé aussi des vomissements et des selles sanguinolentes. Lorsque des manifestations morbides se montrent du côté du foie chez un malade affecté de syphilis, on est en droit de soupçonner la cause diathésique spéciale. Le plus souvent la syphilis hépatique est un accident tertiaire. Ricord l'a observée quelquefois au début de la période secondaire.

43° SYPHILIS DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE.

1° *Larynx.* — La syphilis atteint de préférence le larynx ; elle y peut produire des lésions de tous les degrés, depuis la simple rougeur jusqu'à la nécrose des cartilages. Un simple catarrhe chronique peut exister indéfiniment et produire la raucité de la voix (*raucedo syphilitica*). Il peut se faire non plus un épaississement des cordes vocales, mais des ulcérations qui occupent la base de l'épiglotte, les replis aryténo-épiglottiques, les cordes vocales, et atteindre même les cartilages. La destruction des cartilages par nécrose est un accident des plus graves. Rien ne ressemble plus à la phthisie laryngée que la laryngite chronique syphilitique, si ce n'est que dans le premier cas, la phthisie pulmonaire est la règle. L'usage du laryngoscope, en permettant de plonger le regard dans l'intérieur du larynx, donne au diagnostic une exactitude remarquable. La marche de la maladie, la présence d'accidents syphilitiques de diverses régions, compléteront ce diagnostic. Les accidents les plus graves peuvent résulter de la laryngite chronique ; il n'y a pas seulement raucité de la voix, il peut se faire un rétrécissement tel, que la respiration est gênée, et si le moindre œdème survient, la mort peut être produite par la suffocation. La trachéotomie a été quelquefois pratiquée avec succès en pareil cas : le traitement antisyphilitique doit être appliqué sans tarder. Il arrive quelquefois qu'il se forme des ulcérations dans la trachée, et qu'à la suite survient un rétrécissement de ce conduit. Cette sorte d'accident a été bien décrit par Charnal (2).

(1) Bochdalek, *Prager Vierteljahrschrift*, 1845.
(2) Charnal, *Rétrécissement de la trachée*, thèse. Paris, 1859.

2° *Parenchyme pulmonaire et bronches.* — Virchow pense que l'on doit admettre des ulcérations syphilitiques des bronches, et même une pneumonie chronique syphilitique. Il déclare avoir vu souvent dans la syphilis constitutionnelle des cicatrices stellaires de la plèvre et des pleurésies déformantes qui répondaient exactement à la périorchite syphilitique. Portal a indiqué une phthisie pulmonaire syphilitique. Depaul a décrit des épanchements particuliers siégeant dans le parenchyme d'enfants nouveau-nés atteints de syphilis congénitale (1). Les mêmes lésions furent décrites plus tard par Hecker. Führer (2) a signalé une pneumonie syphilitique chez l'adulte, avec infiltration diffuse du poumon et bronchite lobulaire. Ricord et Lebert ont indiqué les gommes pulmonaires. Lagneau fils a réuni un certain nombre de cas de syphilis pulmonaire (3). Leudet a diagnostiqué une syphilis pulmonaire qui fut guérie par le traitement spécifique. Nous avons nous-même observé un fait semblable sur un jeune homme affecté d'une toux convulsive violente avec dépérissement, perte du sommeil et de l'appétit, dyspepsie, et quelques autres symptômes inquiétants. Il existait des traces de syphilis à la peau. Un traitement mixte par le mercure et l'iodure de potassium fit disparaître les accidents pulmonaires très-rapidement, et ramena la santé.

Virchow donne ainsi la description anatomique des lésions pulmonaires, auxquelles succombent les enfants atteints de syphilis congénitale : « La masse sèche, résistante, très-analogue à l'infiltration tuberculeuse, qui est renfermée dans les alvéoles pulmonaires, est composée de cellules pressées, puriformes, envahies par la dégénérescence graisseuse et formant une sorte de détritus granuleux.

P. Dubois a attiré l'attention sur une altération du thymus qui se rencontre chez les nouveau-nés syphilitiques. Hecker a décrit trois cas où il y avait abcès du thymus. On n'a rencontré ces lésions que chez les nouveau-nés.

44° SYPHILIS DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE.

Ces lésions sont rares ; dans un cas publié par Ricord, dans sa *Clinique iconographique*, on voit un malade atteint de syphilis constitutionnelle mourir subitement ; l'autopsie montra un épaississement de l'endocarde, et en divers points du système artériel, on trouva des tumeurs ramollies semblables aux gommes. Lebert (4) a décrit des tumeurs d'apparence gommeuse, trouvées sur les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire. Gubler, cité par Melchior Robert, donne la description suivante d'une altération syphilitique du cœur : « J'ai vu, chez une femme atteinte d'exostose tibiale, une cirrhose avec développement excessif du tissu cicatriciel, coïncider avec des altérations du tissu du cœur. Le cœur était fortement hypertrophié ; le péricarde présentait des plaques laiteuses ; la substance musculaire était par place, jaunâtre, pâle, et le microscope y démontrait une altération profonde de la fibre charnue, qui était chargée d'innombrables granules moléculaires. Le même auteur cite un anévrysme de la crosse aortique, dont le point de départ a pu être une lésion syphilitique des parois de l'aorte. D'après Virchow, il y aurait une *péricar-*

(1) Depaul, *Gazette des hôpitaux*, mai 1851.
(2) Führer, *Deutsche Klinik*, 1854.
(3) Lagneau, *Des mal. pulm. causées ou influencées par la syphilis*, thèse. Paris. 1851.
(4) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique*, t. I, p. 696.

dite et une *endocardite syphilitiques*, une *myocardite simple* et une *myocardite gommeuse interstitielle*, et la nature de l'affection syphilitique du cœur serait en tout point identique avec celle des testicules et du foie.

45° SYPHILIS DES REINS.

Rayer a, le premier, noté l'albuminurie survenant sous l'influence de la syphilis, avec les altérations propres à la maladie de Bright (dégénérescence cireuse ou amyloïde, atrophie consécutive du rein). Virchow décrit la néphrite syphilitique interstitielle locale ou généralisée, la dégénérescence graisseuse avec desquamation des *tubuli* et l'atrophie partielle du rein. Lancereaux (1) a cité plusieurs cas de néphrite interstitielle, de néphrite amyloïde et d'atrophie syphilitique du rein.

46° SYPHILIS DE LA RATE.

On a considéré la rate lardacée comme atteinte d'altération syphilitique. Virchow admet que la dégénérescence amyloïde de la rate se rencontre dans la syphilis. Il distingue deux variétés, une variété dure et une molle. Le dernier terme de ces altérations est une augmentation du tissu conjonctif avec rétraction et dépression cicatricielle.

47° CACHEXIE SYPHILITIQUE.

Quelques auteurs ont consacré un chapitre spécial à la *cachexie syphilitique*, comme à une forme particulière de la diathèse syphilitique. On ne saurait admettre que ce soit là une forme de la maladie ; la cachexie est un fait banal qui peut se produire sous l'influence de toutes les maladies qui agissent fortement sur l'organisme et qui est occasionné par des circonstances tenant, soit au milieu dans lequel vivent les malades, soit à leur constitution propre, soit à leur régime. Les excès, la misère, la fatigue, doivent contribuer à cet état morbide. On ne peut cependant se dissimuler que la cachexie syphilitique soit une manifestation digne d'intérêt. Elle ne s'explique pas toujours par la gravité des lésions, ni par l'épuisement de l'organisme. La peau devient sèche et terreuse, il y a perte d'appétit et dépérissement, la pâleur et l'anémie sont très-prononcées. La peau se couvre d'éruptions spéciales, telles que l'ecthyma, le rupia ou le pemphigus à tendance ulcéreuse. Il survient une lientérie, avec fièvre hectique, inanition, gangrène, et la mort est le terme presque fatal de ces accidents. La cachexie syphilitique se montre le plus souvent à la période tertiaire de la syphilis et chez les sujets avancés en âge.

48° SYPHILIS DOUBLE.

On admet généralement qu'on ne peut avoir la syphilis qu'une seule fois. Cette règle est presque absolue et elle doit inspirer au médecin une confiance suffisante pour qu'il n'admette pas sans preuve l'existence d'une récidive de syphilis. Néanmoins on possède plusieurs cas authentiques de syphilis récidivée. Rodet en a cité quatre exemples, Follin et Delestre deux autres cas. Quoi qu'il en soit, ces excep-

(1) Lancereaux, *Gazette des hôpitaux*, 17 mars 1864, et *Traité de la syphilis*, Paris. 1866.

tions sont extrêmement rares, et en les citant nous ne pensons porter aucune atteinte à cette loi générale d'après laquelle on n'a la syphilis qu'une fois.

49° INOCULATION DE LA SYPHILIS.

Inoculabilité des accidents secondaires. — Plusieurs questions importantes se présentent ici. Nous avons déjà indiqué dans plusieurs des chapitres précédents les faits nouveaux sur lesquels repose la doctrine contemporaine de l'inoculabilité des accidents secondaires. Nous exposons ici la série des expériences relatives à l'inoculation artificielle ou accidentelle du virus syphilitique à ses différentes périodes. Si l'on considère la question au point de vue historique, on voit qu'au début des études sur la syphilis les premiers observateurs étaient imbus de singuliers préjugés, et croyaient à la transmissibilité de la vérole par l'air, le souffle, la sueur. On croyait la syphilis contagieuse à toutes ses périodes ; la doctrine de l'inoculation par le chancre seul est moderne. Saxonia, le premier (1797), Hunter après lui, puis Ricord, ont tellement démontré la non-inoculabilité des accidents secondaires et la nécessité du chancre pour fournir la matière inoculable, que le fait de l'inoculabilité des accidents secondaires est encore ignoré ou nié par la plupart des classiques contemporains. Rollet, cependant, a prouvé ce fait de façon à ne plus laisser subsister les doutes.

Wallace, le premier, fit des inoculations syphilitiques dans des conditions irréprochables. Les expériences de Hunter et de Bell étaient en partie entachées d'erreurs. C'est en 1835 que Wallace (de Dublin) institua ses expériences. Il opérait par la méthode de l'incision ou de la ponction, ou de la dénudation de la peau. Depuis Wallace, un certain nombre d'expérimentateurs ont suivi la même voie en profitant des perfectionnements de la science moderne. Rollet a fait le relevé suivant des cas d'inoculation connus.

Inoculation du chancre syphilitique primitif. — Onze fois cette inoculation a été pratiquée. Ces observations sont dues à Cullerier (1), à Rinecker (2), à Bœrensprung (3), à Lindwurm (4), à Gibert (5), à Rollet et à quelques uns de ses élèves (6), à l'auteur connu sous le nom de *l'anonyme du Palatinat* (7), à Pellizzari, à Waller (de Prague). Dans ces cas on voit l'inoculation pratiquée avec toutes les précautions désirables, c'est-à-dire que le pus est recueilli sur un vrai chancre infectant et transmis par incision de la peau à un sujet non infecté précédemment. On a fait cette remarque que le début des chancres développés par inoculation pouvait donner lieu à quelques doutes à cause de l'apparence particulière qu'offre cet accident primitif tout à fait à son début, c'est-à-dire à une période que l'on n'observe pas d'habitude dans la pratique, parce que les malades ne se présentent au médecin que lorsque le chancre est déjà complétement formé. Selon l'expression de Rollet, la clinique avec ses chancres tout formés, et l'inoculation avec son incu-

(1) Rollet, *Traité des maladies vénériennes*, Paris, 1865.
(2) Rinecker, *Archives génér. de méd.*, mai 1858.
(3) Bœrensprung, *Gazette hebdomadaire*, 1862.
(4) Lindwurm, *Ueber die Verschiedenheit der syphilischen krankheiten.*
(5) Gibert, *Traité des maladies de la peau et de la syphilis*, t. II, p. 483.
(6) Rollet, *Bulletin de la Société médicale de Lyon*, 1864.
(7) Lasègue, *De la contagion de la syphilis secondaire* (*Archives générales de médecine*, 1858, t. I, ou 5e série, t. XI, p. 603).

bation et ses chancres naissants, ne nous fournissent pas des spécimens toujours comparables entre eux, et il faut tenir compte dans une même lésion, des états variés sous lesquels elle se présente successivement. Ainsi différents observateurs ont traduit, chacun à sa façon, l'apparence de l'accident initial au début, les uns ont parlé de papules, les autres de squames, de croûtes, d'excroissances tuberculeuses, en somme tout aboutissait au bout de peu de temps en chancre vrai. On voit dans ces observations non-seulement le chancre se développer, mais à sa suite la syphilis constitutionnelle avec toutes ses manifestations, syphilides, plaques muqueuses, syphilis des os, etc.

L'inoculation des *accidents secondaires* (plaques muqueuses) donne les mêmes résultats.

De semblables expériences dangereuses et répulsives ne seront sans doute plus répétées, et il faut tenir note de celles qui ont été faites. La communication lue à la Société médicale du Palatinat, en 1856, par son secrétaire, sur 14 expériences de cette nature instituées par un médecin qui ne voulut point être nommé, mais qui put faire la preuve des faits avancés, mérite surtout d'être rapportée (1). Quatorze individus, huit hommes et six femmes, acceptèrent l'expérimentation qui fut pratiquée dans des conditions bien définies et qui donna les résultats suivants :

1° Ces expériences furent faites sur des individus soumis pendant plus de trois ans à l'observation et qui n'avaient, autant qu'on put s'en assurer, jamais eu de syphilis, leur peau et la membrane muqueuse de la gorge étaient saines.

2° La matière inoculable fut prise dans les conditions suivantes : H..., fille de vingt-deux ans, détenue depuis huit semaines dans une prison, portant, au moment de l'examen, des taches d'un rouge cuivré sur tout le corps : gonflement des deux amygdales; sur l'amygdale gauche, ulcération de la grandeur d'un centime; forte injection de la muqueuse pharyngienne, gonflement des ganglions du cou derrière l'oreille gauche, entre les os et le pavillon de l'oreille, rhagades profondes à bords durs et lardacés, fournissant un pus grisâtre, surdité de date récente; le bord antérieur et la face interne des grandes lèvres couverts de plaques muqueuses; blennorrhagie. Après que le pus blennorrhagique est soigneusement abstergé, on ne découvre nulle part d'ulcération.

Le premier individu est inoculé avec le pus des tubercules plats; comme on aurait pu objecter qu'une ulcération primitive inaperçue avait pu se mêler à la sécrétion, les inoculations ultérieures eurent lieu avec le pus des rhagades situées derrière l'oreille. La malade elle-même fut inoculée avec la sécrétion des plaques muqueuses, sans succès.

3° Les inoculations furent faites, à la lancette, sur le bras; on ne pratiqua jamais moins de trois ni plus de dix piqûres sur le même individu. (Trois inoculations furent faites avec le pus du premier inoculé; sur les quatorze cas il y eut quatre insuccès.)

4° Quand l'inoculation réussit, la marche fut presque identique dans tous les cas. Dans les trois ou quatre premiers jours, les piqûres s'enflammèrent légèrement, formant comme de petites pustules qui disparaissaient rapidement. Il s'écou-

(1) Lasègue, *De la contagion de la syphilis secondaire* (*Archives de médecine*, 1858, t. I, ou 5e série, t. XI, p. 595).

lait un certain temps pendant lequel on ne constatait aucun phénomène particulier aux points inoculés, jusqu'à ce qu'il survînt une nouvelle réaction; les piqûres s'enflammaient alors, formaient des taches d'un rouge foncé, bien limitées, s'élevant en quelques jours au-dessus du niveau de la peau, augmentant de consistance, et se desquamant, en général, à leur sommet.

Les tubercules ainsi formés suppuraient et se couvraient d'une croûte sous laquelle le pus s'amassait; chez un malade, les tubercules ne suppurèrent pas et rétrogradèrent; ce malade n'a pas présenté d'accidents secondaires. Pendant que les tubercules s'ulcéraient, il survenait, après un espace de temps plus ou moins long, le plus souvent avec fièvre et malaise général, des taches à la peau; lorsqu'on abandonnait la maladie à elle-même, ces taches duraient des semaines, pour passer ensuite à l'état de psoriasis ou de tubercules cutanés. L'angine survenait ensuite en général.

Les symptômes locaux persistaient toujours au moment où les phénomènes généraux se déclaraient.

Dans les cas où les piqûres s'enflammaient tout de suite et suppuraient, il n'y eut de manifestation spécifique ni générale, ni locale.

Tous les inoculés furent inoculés de nouveau avec le pus de leurs ulcérations, avant l'apparition des accidents généraux, mais sans succès, sans réaction spéciale au point inoculé.

Le premier stade d'incubation ne fut jamais moindre de quinze ou de plus de quarante-deux jours; le second varia entre vingt-six et cent sept jours.

Des neuf inoculés avec le sang, trois le furent avec succès, et ceux-là seulement chez lesquels une large surface d'absorption avait été frictionnée.

La syphilis constitutionnelle chez ces malades guérit à la suite d'un traitement où l'iodure de potassium tenait la première place. Dans un petit nombre de cas rebelles on eut recours au sublimé.

Nous avons cru devoir rapporter le récit qui précède, d'après les *Archives de médecine*, afin que le lecteur vît combien ces expériences sont nettes et dignes de foi.

L'inoculation du sang de malade atteint de syphilis a été faite plusieurs fois; on en peut citer sept cas authentiques, dont un est dû au professeur Pellizzari, de Florence (1). Plusieurs jeunes médecins se soumirent à cette expérience faite publiquement et dans un but scientifique. L'observation de l'un d'eux, le docteur Bargioni, est tout à fait probante; l'inoculation fut faite avec le sang d'une femme ayant des plaques muqueuses et une roséole.

Le sang avait été pris dans la veine céphalique, et appliqué au patient à l'aide d'une bande, sur une large surface de la peau du bras dénudée. Un chancre se montra dans les limites ordinaires (un mois) et deux mois après survint une roséole. Déjà Waller (de Prague) dont le nom ne doit point être omis dans l'historique de l'inoculation, avait inoculé plusieurs fois, en 1850, le sang de syphilitiques, et produit la syphilis sur le sujet ainsi inoculé. Gibert (2) a rapporté (1859) une observation semblable. Wallace avait inoculé également le pus provenant de plaques muqueuses,

(1) Pellizzari, *Gazette médicale de Lyon*, 1864, et *De la syphilis vaccinale*, communications à l'Académie de médecine. Paris, 1865, p. 363.
(2) Gibert, *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1858-1859, t. XXIV, p. 883.

et l'inoculation avait donné lieu au chancre induré et ensuite aux accidents secondaires de la syphilis. Guyenot, de Lyon (1), a relaté une observation semblable recueillie à l'hospice de l'Antiquaille.

Dans tous ces cas on voit que le virus syphilitique emprunté à des accidents secondaires s'est comporté exactement comme le virus emprunté soit au chancre, soit au sang; le chancre s'est produit avec les mêmes apparences initiales, s'est développé dans le même temps et a présenté les caractères propres au chancre induré syphilitique.

Les *syphilides pustuleuses* ont été inoculées également. On doit quatre observations de ce genre à Wallace, à Vidal et à Rinecker. Dans l'observation de Vidal, ce fut un ecthyma qui servit à l'inoculation; Rinecker puisa la matière inoculable dans une pustule de syphilide chez un enfant atteint de syphilis congénitale. Dans ces cas, on vit se développer, comme dans les précédentes observations, un chancre induré et des éruptions secondaires.

C'est ainsi que la démonstration expérimentale est venue donner l'explication des faits nombreux de syphilis secondaire transmise qui se rencontrent dans la pratique. Pendant longtemps on s'est refusé à l'évidence. On voyait de jeunes femmes contracter la syphilis dans un commerce légitime avec leur mari qui ne présentait que des accidents syphilitiques d'une période plus ou moins avancée, et ces faits donnaient lieu à des interprétations erronées et malveillantes. On niait la transmission de la syphilis des enfants nouveau-nés aux nourrices, faits si évidents pour des esprits non prévenus, que les tribunaux les acceptaient alors que les médecins en doutaient encore. Comment s'opère cette contagion? Le plus souvent par le simple contact. Ici, du reste, la contagion a lieu exactement comme dans le cas de chancre; seulement elle est plus dangereuse, en ce sens qu'on se méfie moins de ces accidents, qui souvent ne sont pas apparents, et que les personnes qui en sont atteintes ignorent elles-mêmes que ces accidents soient contagieux. Ainsi, souvent des caresses impures, des baisers, l'usage d'un objet contaminé, amènent l'inoculation de la syphilis.

On lira avec profit les travaux de Rollet (2), d'Alfred Fournier (3), de Robert Lee (4), les excellents mémoires de Viennois (5), de Tardieu (6). Nous décrivons plus loin la syphilis des enfants nouveau-nés et la transmission de cette maladie du nourrisson à la nourrice. Nous plaçons ici un court aperçu sur deux causes d'inoculation syphilitique accidentelle qui relèvent de l'hygiène publique.

Syphilis contractée par les ouvriers verriers dans l'exercice de leur profession. — Ce mode d'inoculation accidentelle a été signalé pour la première fois par Rollet (6) en 1859. Viennois (7) a réuni tous les cas connus de ce genre d'inocula-

(1) Guyenot, *Gazette hebdomadaire*, 15 avril 1859.

(2) Rollet, *Archives générales de médecine*, février 1859.

(3) Alfred Fournier, *Contagion syphilitique*. Paris, 1860, thèse.

(4) Robert Lee, *Sur la syphilis. De l'inoculation syphilitique*, traduit de l'anglais par le docteur Edmond Baudot. Paris, 1863.

(5) Viennois, *De la transmission de la syphilis par la vaccination* (*Arch. gén. de médecine*, juin 1860, et *De la syphilis vaccinale*, communications à l'Académie de médecine. Paris, 1865, p. 220).

(6) Tardieu, *Etude médico-légale sur les maladies provoquées ou communiquées* (*Annales d'hygiène et de méd. lég.*, 1864, 2e série, t. XXI, p. 104).

tion. C'est à ce travail que nous empruntons ce qui suit : Les ouvriers verriers qui travaillent à la fabrication des bouteilles sont réunis trois à trois et soufflent alternativement avec force dans un tube de fer qu'ils font tourner vivement dans leur bouche. Si l'un d'eux est affecté de chancre ou d'accidents secondaires dans la bouche, il peut, par l'intermédiaire de ce tube, transmettre la syphilis à d'autres ouvriers. L'homme ainsi infecté sans le savoir, peut communiquer la maladie dans sa famille : 1° par les contacts directs de bouche à bouche ; 2° par l'usage d'ustensilesde ménage communs, verre, cuiller, etc. ; 3° par le coït.

En 1863, une sorte d'épidémie s'est produite à L..., dans le Poitou. Plusieurs ouvriers ont été infectés à peu d'intervalle par le même individu. Le docteur Chassagny a proposé, pour remédier à ce danger, une embouchure mobile dont chaque ouvrier serait muni et qui ne servirait qu'à lui seul.

Syphilis transmise par les médecins auristes qui pratiquent le cathétérisme de la trompe d'Eustache. — Nous possédons quinze cas au moins de syphilis transmise par l'imprudence d'un médecin auriste qui pratiquait le cathétérisme de la trompe d'Eustache sur une vaste échelle. Ces faits ont été cités à la Société médicale des hôpitaux de Paris. Lailler, Follin, Gubler, Trousseau, Bucquoy et nous-même en avons recueilli des exemples. Le doute n'était pas possible : il s'agissait de personnes d'un âge et d'une condition respectables, ou de jeunes sujets chez lesquels aucune autre contagion n'avait pu avoir lieu ; d'ailleurs le siége même des accidents initiaux dénonçait le mode d'infection.

C'est dans l'arrière-gorge ou au pharynx, au niveau des trompes d'Eustache, que se développe le chancre ; l'induration ganglionnaire a lieu à la région cervicale latéralement. Le temps écoulé depuis l'opération jusqu'à l'apparition du chancre est précisément celui de l'incubation habituelle après l'inoculation. Chez la plupart de ces malades, on n'a reconnu la véritable nature de la maladie qu'au moment de l'apparition des accidents secondaires à la peau. On peut expliquer l'inoculation de la façon suivante : le spécialiste qui opère sur un grand nombre d'individus successivement et à la hâte en se servant d'une sonde qu'il fait pénétrer alternativement dans la gorge de tous ceux qui se présentent, s'expose à rencontrer quelques sujets syphilitiques. Le fait est d'autant plus vraisemblable que la syphilis produit la surdité. Si l'instrument n'est pas suffisamment lavé, il peut retenir un peu de la matière infectante développée sur des produits syphilitiques du fond de la gorge, lesquels échappent à la vue, et la sonde, qui devait être un instrument de guérison, se change en un instrument de maladie. Souvent ce cathétérisme, soit qu'il présente des difficultés, soit qu'on le pratique avec une certaine vivacité, produit une légère hémorrhagie, et ces déchirures favorisent l'inoculation. Quoi qu'il en soit, le fait est certain, démontré, et il faut que les médecins se mettent en garde contre ce mode encore peu connu et vraiment singulier de transmission de la syphilis.

50° SYPHILIS TRANSMISE PAR LA VACCINATION.

Nous avons déjà indiqué ce mode de transmission de la syphilis à l'article VACCINE.

Ce fait a été mis en doute; il est accepté aujourd'hui. Pratiquement, il était évident; théoriquement, il gênait la doctrine de la non-inoculabilité des accidents secondaires. Ainsi les doctrines erronées qui ont un représentant illustre retardent les progrès de la science.

On trouvera cette question exposée méthodiquement et avec des recherches historiques fort intéressantes dans le mémoire de Viennois (1). —D'après cet auteur, la transmission de la syphilis par la vaccination a été observée dès le commencement de ce siècle, c'est-à-dire dès l'invention même de la vaccination.

Moseley, en 1800, publiait une série de cas malheureux produits par la vaccination, parmi lesquels la *gale vaccinale*, qu'il traitait avec succès par les mercuriaux.

Monteggia, en 1814 (cité par Viennois), dénonçait la syphilis vaccinale; Marcolini faisait les mêmes observations, à Milan, en 1823. Cerioli de Crémone, en 1821 et en 1841, dénonçait ces faits, qui semblent s'être multipliés à cette époque. En 1831, Bidart, à Pas (Pas-de-Calais), publia un article (2) qui a pour objet de réfuter la croyance à la syphilis vaccinale. Cette question était résolue également par la négative par la Société de médecine de Paris en 1839.

En 1842, Sigmund entreprenait une série d'expériences sur le mélange du virus syphilitique avec différents liquides, et arrivait à ce résultat, que le virus syphilitique détruit les propriétés du virus vaccin. Ceccaldi, en 1845, observait la contagion sur plusieurs enfants vaccinés. Viani (3), en 1849, publia une observation de ce genre. En 1850 (faits cités par Viennois), Wegeler (4) rapportait les faits suivants : dix familles se firent revacciner, et, à la suite de cette vaccination, 19 individus sur 24 furent atteints de syphilis. Un vétérinaire, auteur de ces vaccinations, fut condamné à la prison. Parmi les faits de ce genre, un des plus intéressants est celui qui a donné lieu au procès du docteur Hübener (5), dont Broca a rendu compte à la Société de chirurgie (6). 13 enfants sont vaccinés avec du vaccin pris sur un sujet syphilitique; plusieurs sont, à la suite, atteints de syphilis.

Viennois rapporte encore que la statistique dressée par le docteur James (de Manchester) donne, sur 2584 enfants, 63 syphilitiques, parmi lesquels 34 avaient contracté la syphilis par le vaccin (1859).

La même année, parut un mémoire de M. J. Lecoq (de Cherbourg), sur 2 cas de syphilis transmise par le vaccin. Les recueils allemands contiennent un grand nombre de dissertations publiées à l'occasion du procès Hübener. En 1860, Rollet

(1) Viennois, *De la syphilis transmise par la vaccination* (*Archives de médecine*, juin 1860, et *De la syphilis vaccinale*, communications à l'Académie. Paris, 1865, in-8.

(2) Bidart, *Essai sur la non-contagion de la syphilis par l'inoculation vaccinale* (*Journal de médecine pratique*, 1831, n° 287, p. 85).

(3) Viani, *Gazetta medica lombarda*, 1849.

(4) Wegeler, *Berliner meziziniche Zeitung*, 30 avril 1850.

(5) Hübener, *Propagation de la syphilis par la vaccination* (*Gazette hebdomadaire*, 1855, p. 176 et 571, et *Annales d'hygiène*, 1864, 2e série, t. XXI).

(6) Rapport sur une brochure allemande de M. Pauli, *Bulletin de la Société de chirurgie*, séance du 25 juillet 1855. Paris, 1856, t. VI, p. 76.

et Viennois ont publié de nouveaux faits sur cette importante question. Un fait semblable a été observé récemment par Hérard ; ces faits se multiplient, on lira avec profit l'excellent rapport que Depaul a lu sur cette question à l'Académie de médecine en 1864 (1), nous empruntons au mémoire de Viennois les conclusions suivantes, qui résument l'ensemble de nos connaissances sur ce sujet :

1° La syphilis a été observée un grand nombre de fois à la suite de l'opération vaccinale.

2° Lorsqu'on vaccine un sujet syphilitique n'ayant la maladie qu'à l'état latent, des accidents syphilitiques peuvent éclater sous l'influence de la vaccine : ces accidents, observés un certain nombre de fois, consistent en éruptions constitutionnelles papuleuses, vésiculeuses, pustuleuses, etc., ce n'est jamais un chancre primitif développé au lieu de la piqûre vaccinale.

3° Lorsqu'on recueille du vaccin sur un sujet syphilitique, et qu'on inocule à un sujet sain ce même vaccin pur et sans mélange de sang, on n'obtient pour résultat que la pustule vaccinale, sans aucune complication syphilitique prochaine ou éloignée.

4° Au contraire si, avec le vaccin d'un syphilitique porteur ou non d'accidents constitutionnels, on vaccine un sujet sain, et que la pointe de la lancette ait été chargée d'un peu de sang en même temps que du liquide vaccinal, on peut transmettre par la même piqûre les deux maladies, la vaccine avec l'humeur vaccinale, et la syphilis avec le sang syphilitique.

5° Dans ces cas dont il existe de nombreux exemples, la vaccine se développe la première, parce qu'elle a une incubation moins longue et une évolution plus rapide que la syphilis ; cette dernière apparaît ensuite et se manifeste tout d'abord par une lésion caractéristique au point inoculé.

6° La lésion initiale par laquelle se manifeste alors la syphilis succède à la pustule vaccinale et se présente sous la forme d'une ulcération indurée, avec adénite multiple, en un mot, avec tous les caractères du chancre syphilitique.

7° Après ce chancre primitif développé au point inoculé et dans les délais ordinaires, la syphilis secondaire éclate et se déroule normalement sans différer des cas de syphilis transmise par une autre voie.

8° Lorsque le mélange des virus, au lieu de se faire accidentellement, est opéré volontairement, le résultat est le même, en ce sens qu'un virus ne détruit pas l'autre, et que *chaque virus accomplit son évolution distincte.*

9° L'humeur vaccinale n'est donc, pour le virus syphilitique contenu dans le sang, qu'un simple véhicule qui le divise et l'étend, ainsi que le ferait une goutte d'eau, sans en modifier en rien les propriétés ni les effets.

10° Il importe donc infiniment de ne jamais emprunter de vaccin à un individu suspect, et s'il s'agit d'un nouveau-né, de ne pas lui emprunter le vaccin avant l'âge où la syphilis héréditaire a l'habitude de se manifester par des signes apparents.

11° Si des circonstances spéciales rendaient cet emprunt nécessaire, il faudrait avoir le plus grand soin de ne recueillir que du vaccin pur, sans aucun mélange de sang ou d'autre humeur syphilitique.

(1) Depaul, *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1864-1865, t. XXX, p. 135, et *De la syphilis vaccinale*, communications à l'Académie de médecine. Paris, 1865.

12° En aucun cas on ne doit vacciner des sujets sains avec du vaccin recueilli sur un sujet syphilitique ; car, malgré toutes les précautions et fût-on sûr de la pureté du liquide vaccinal, il sera toujours préférable d'en employer un autre.

13° Ces précautions sont d'autant plus importantes, qu'avec un seul sujet syphilitique on peut vacciner une foule de personnes à la fois et leur transmettre à toutes ou presque toutes la syphilis.

14° Il suffit d'indiquer ces précautions pour éviter de nouveaux malheurs, et enlever tout prétexte aux adversaires de la vaccine ; car, dans ces cas, la syphilis n'est pas le fait de la vaccine, mais du vaccinateur.

Nous ajouterons que de nouveaux faits observés en Italie et que nous avons relatés à l'article VACCINE, ont démontré les dangers sérieux que la vaccination mal entendue peut faire courir à la santé publique, et que la discussion soutenue en 1864 à l'Académie de médecine a jeté le jour le plus vif sur cette question. Le vrai remède est la vaccination par le *cowpox* recueilli directement sur le pis de la vache. La reproduction faite artificiellement du vaccin sur les génisses et l'entretien en permanence de génisses vaccinifères est le vrai remède au mal. Le docteur Lanoix a entrepris cette œuvre méritoire, et tout fait espérer que ses efforts seront couronnés de succès et trouveront de nombreux imitateurs.

51° SYPHILIS TRANSMISE PAR LE NOURRISSON A LA NOURRICE.

Ici, comme pour la contagion des accidents secondaires et pour l'inoculation de la syphilis par le vaccin, il y a eu une interruption entre les observateurs des trois derniers siècles et les travaux contemporains. Pendant une période qui va de 1800 à 1840 environ, on ne s'est plus occupé de ces faits, ou plutôt on en a nié l'existence, parce qu'ils ne s'accordaient pas avec les théories régnantes.

Jacques Cataneo, Gènois du XVIe siècle, qui a vu la fin de la première épidémie de vérole, s'exprime ainsi : « *Vidimus plures infantulos lactantes tali morbo infectos plures nutrices infecisse.* » Bertin affirmait la contagion de la nourrice au nourrisson, et réciproquement : « Ce mode de transmission est si généralement reconnu, dit-il, si unanimement adopté, qu'il semblerait superflu de le discuter, si nous ne trouvions ici, sous nos pas, les opinions de Hunter. » En effet, Hunter n'admettait la transmission de la syphilis que par le virus chancreux.

Après Bertin, Lagneau, son élève, a professé les mêmes idées. Alphée Cazenave et Gibert ont soutenu les mêmes opinions. Ce dernier auteur s'exprime ainsi : « J'avoue que, dans beaucoup de cas de nourrisson infecté par sa nourrice et *vice versâ*, il m'a paru bien difficile de se refuser à admettre la possibilité de contagion des phénomènes consécutifs, tubercules plats ou ulcères secondaires, dans des rapprochements intimes et répétés, encore que la règle générale paraisse être que les phénomènes consécutifs de la syphilis soient peu ou point susceptibles de se transmettre par contagion. »

Déjà, en 1802, B. Bell, dont les travaux occupent une place si honorable dans l'histoire des maladies vénériennes, avait rapporté plusieurs observations de syphilis congénitale transmise par la nourrice à son nourrisson. Bell ne parlait pas d'après une tradition aveugle ; il parlait d'après sa propre expérience, et il avait donné assez

de preuves de sa sagacité et de sa valeur scientifique pour que ses paroles dussent être prises en grande considération. Dans l'une de ses observations on lit ce qui suit :

« Je fus appelé à examiner un enfant de huit jours qui présentait une éruption d'apparence vénérienne. Déjà les parents avaient eu un enfant qui avait présenté, en naissant, une semblable éruption, et qui était mort. Le père reconnaissait avoir eu la vérole six mois avant son mariage. » Bell administra le mercure à l'enfant et aux parents. L'enfant guérit ; le père et la mère eurent, depuis, plusieurs enfants sains.

Pour prouver la nature syphilitique de l'affection, Bell ajoute ceci : « L'enfant dont il s'agit eut deux nourrices qui furent infectées : l'une eut des ulcérations aux mamelons et communiqua la syphilis à son enfant, lequel en mourut ; la seconde nourrice eut également des ulcères au mamelon, et dans la gorge, un chancre vénérien qui nécessita l'emploi du mercure. »

Cette observation est nette et ressemble à toutes celles qui ont été recueillies à notre époque. Les faits de cette nature ne faisaient point défaut, et l'esprit de prévention seul pouvait obscurcir le jugement des médecins au point de leur en faire méconnaître le véritable caractère. C'est ainsi que l'un de nos maîtres les plus autorisés, Cullerier, en 1854, se refusait à reconnaître l'inoculation des accidents secondaires ; après avoir établi comme loi que le chancre seul peut transmettre la vérole, il ajoutait : « Cette loi, dont chaque jour on reconnaît la justesse et la portée, » lorsqu'on suit pas à pas l'évolution de la vérole au lit du malade et par la voie de » l'expérimentation, cette loi, incontestable pour la syphilis des adultes, est-elle » également applicable à celle des enfants, soit qu'ils reçoivent la maladie des » femmes qui les allaitent, soit qu'ils la leur communiquent ? Tel est le problème à » résoudre. » Et il terminait ainsi son mémoire : « D'après les observations que » j'ai rapportées dans toute leur étendue, d'après l'analyse ou l'examen critique » de plusieurs autres, et tout en tenant un grand compte de ce qu'il peut y avoir » de grave à froisser des croyances généralement admises, ne suis-je pas en droit » de conclure en disant : la loi de contagion de la syphilis que j'ai indiquée au » commencement de ce travail, est la même chez les enfants à la mamelle que chez » les adultes. »

Ricord professait la même opinion : admettre la transmission de la vérole des enfants aux nourrices, c'eût été admettre la contagion des accidents secondaires, fait contraire à la doctrine reçue. Aussi vit-on les médecins imbus de cette erreur doctrinale rechercher les faits rares et exceptionnels et imaginer des explications très-compliquées et trop ingénieuses, là où il suffisait de regarder et de se laisser aller à l'évidence. Par exemple, c'était une nourrice qui, ayant un chancre à la vulve, se l'inoculait au mamelon et infectait son nourrisson, ou bien, d'après Diday, le symptôme constitutionnel, siégeant au mamelon de la nourrice, s'y était déclaré dans presque tous les cas par l'effet du contact du sein avec la bouche d'un autre enfant héréditairement atteint.

Cette contradiction entre des faits devenus évidents pour tout le monde et une doctrine éphémère devait bientôt cesser. Les travaux de Wallace, de Waller (de Prague), de Rinecker, de Rollet, Sigmund, Sperino, Guyenot, Gibert, Rollet, les faits rapportés par Castelnau, Bardinet, Bouchut, Cazenave, Putégnat, Dron,

Doyon, Viennois, Tardieu, l'éclat de certains procès dans lesquels les magistrats avaient paru plus éclairés que les médecins, enfin un débat public devant l'Académie de médecine, mirent fin à une situation qui s'était trop prolongée.

Notre savant maître A. Tardieu (1) rapporte vingt-sept observations contemporaines de transmission de la vérole du nourrisson à sa nourrice. Plusieurs de ces faits ont donné lieu à des enquêtes judiciaires. Nous ne saurions citer ici les noms de tous les auteurs qui ont publié des observations de cette nature. Bouchut (2) en rapporte sept exemples dont deux observés par lui-même, un par Bouchacourt, un par Rayer et trois par le docteur John Égon; Caradec (3) et Petrini (4), le docteur Lodwet (5) ont fourni plusieurs faits de ce genre.

Dans la *Clinique* de Trousseau se trouve un chapitre spécial consacré à cette question. Nous transcrivons ici, en partie, une observation de Melchior Robert, laquelle fournit un exemple frappant de cette sorte d'infection de nourrisson à nourrice.

« Vers la fin de 1857, je fus appelé en consultation auprès de M. X..., atteint de syphilis constitutionnelle depuis plusieurs mois. M. X..., en apparence guéri, était marié; mais, deux mois après son entrée en ménage, il eut sur la langue une éruption confluente de plaques muqueuses; sa femme n'était pas encore enceinte. Traitement par le protoiodure. Deux mois après cette entrevue, le médecin ordinaire fut appelé auprès de madame X..., qu'il trouva en proie à une syphilis constitutionnelle caractérisée surtout par de nombreuses plaques muqueuses à la vulve; cette dame n'était pas encore enceinte.

« Au mois de mars 1858, les premiers signes de la grossesse se manifestèrent, et, à la faveur d'un traitement bien suivi, madame X... accoucha à terme. L'enfant eut, peu de jours après la naissance, de nombreuses manifestations syphilitiques secondaires, telles que plaques rouges sur différentes parties du corps, macération de l'épiderme aux mains, coryza. Dans cet état, il fut remis à une jeune femme de mon pays, d'un embonpoint et d'une fraîcheur remarquables, femme mariée, ayant un mari très-sain et deux beaux enfants. Connaissant l'état du nourrisson, le médecin de la famille fit prendre à cette femme un sirop dépuratif destiné à prévenir l'infection chez elle et à guérir le petit malade. Cependant cet enfant eut de nombreux symptômes de vérole, malgré la médication. Quelques mois après le début de l'allaitement, au commencement de 1859, la nourrice commença à perdre l'appétit, se plaignit de lassitude générale, de maux de tête, d'insomnie et d'une espèce de torticolis très-douloureux. Ces symptômes l'engagèrent à venir me consulter. L'enfant, que je voyais alors pour la première fois, avait les mains gercées

(1) A. Tardieu, *Études sur les maladies provoquées ou communiquées, comprenant l'histoire médico-légale de la syphilis et de ses divers modes de transmission*, extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1861, 2e série, t. XV, et 1864, 2e série, t. XXI.

(2) Bouchut, *Mémoire sur la transmission de la syphilis des nouveau-nés aux nourrices* (*Gazette médicale* du 20 avril 1850, p. 296), et *Traité des maladies des enfants nouveau-nés*. Paris, 1862, in-8, p. 1004.

(3) Caradec, *Remarques sur le cas de contagion de la syphilis congénitale de l'enfant à la nourrice* (*Bulletin de thérapeutique*, t. XLI, p. 505).

(4) Petrini, *Transmission de la syphilis congénitale des nourrissons aux nourrices* (*il Raccoglitor medico*, et *Gazette des hôpitaux*. 1852, p. 18).

(5) *Medical Gazette*, 1842.

et squameuses, et portait des croûtes à la tête, des boutons, des pustules sur le dos et le ventre, etc. J'engageai cette nourrice à se présenter chez le médecin de la famille et à revenir dans quelque temps. Les deux seins étaient alors exempts de toute trace de contagion.

Peu de jours après, elle revint chez moi ; son enfant était dans le même état, mais elle était plus fatiguée, son embonpoint et sa fraîcheur avaient disparu pour faire place à une teinte jaune qui annonçait une souffrance profonde. En examinant les seins, je vis, au dedans du mamelon droit, une tache rouge un peu ovale ayant trois lignes dans son plus grand diamètre. Aucun autre symptôme objectif. Je conseillai à cette nourrice de rendre immédiatement l'enfant et de se soigner chez elle, ce qu'elle fit volontiers. Je lui laissai néanmoins ignorer la nature de la maladie à laquelle elle était en proie.

» Elle vint me voir très-régulièrement tous les trois ou quatre jours, et suivit ponctuellement un traitement analeptique et tonique que je lui avais prescrit pour la préparer à la médication spécifique.

» Malgré les soins qu'elle prit de sa santé, les phénomènes généraux signalés s'aggravèrent, la tache du mamelon droit s'éleva en saillie papuleuse, se recouvrit d'une squame mince, qui de jour en jour s'épaissit et prit l'aspect croûteux. Le bouton s'élargit considérablement et devint dur. En faisant sauter la squame croûteuse, je mis à nu une ulcération superficielle ; j'avais affaire à un chancre induré, au pseudo-chancre de M. Auzias Turenne ; je constatai en même temps un engorgement très-prononcé des glandes axillaires, notamment de celles qui sont sous le bord du grand pectoral.

» Peu de temps après apparut une roséole générale très-confluente, les ganglions postcervicaux se prirent. Traitement hydrargyrique.

» Peu de jours après son retour dans son ménage, elle devint enceinte. Tout le temps de sa grossesse, dans le courant de 1859, elle fit un traitement assez rigoureux, sans pouvoir échapper aux accidents syphilitiques les plus incommodes, alopécie, impétigo du cuir chevelu, ulcérations gutturales, céphalalgie très-intense et très-tenace, etc. Seulement, effrayé de la voir dépérir, son mari l'envoya dans les Alpes, auprès de ses parents, où, grâce aux petits soins, le traitement aidant, elle put mener sa grossesse à bonne fin ; elle accoucha, dans les premiers jours de janvier 1860, d'un enfant assez bien constitué, qui fut remis, le 13 janvier, à la nommée A..., femme mariée très-robuste, mère de cinq enfants très-bien portants. Ne pouvant moi-même continuer l'observation, je priai mon ami le docteur Chaudony de me tenir au courant de ce qui se passerait chez le nourrisson et chez la nourrice.

» Voici les renseignements qu'il recueillit : 21 mars 1860. — J'ai, d'après vos désirs, visité la femme A... et son nourrisson ; ils sont l'un et l'autre atteints de symptômes syphilitiques. Le petit garçon a un ozène très-caractérisé avec écoulement de pus et de sang ; les croûtes qui se forment à l'entrée de chaque narine sont un obstacle à la respiration. Deux ou trois taches cuivrées sur la joue droite, les mêmes syphilides s'étaient produites sur un avant-bras, mais elles ont disparu. La femme A... a reçu cet enfant le 13 janvier 1860. Elle a éprouvé de l'inappétence à la fin du mois de février, et en même temps de petites pustules très-prurigineuses ont apparu à chaque sein. Le 20 mars, premier jour de ma visite, ces pustules

s'étaient transformées en ulcérations à bords violacés, de la grandeur et de la forme d'une lentille, ayant leur siége à l'auréole de chaque sein. Il est bien constaté que l'ulcération a succédé à la pustule.

» Les pustules et l'anorexie ont été les premiers phénomènes de l'infection. Je vous ai dit également que ces ulcérations avaient un aspect cuivré ou violacé caractéristique. La base était dure, aujourd'hui même on trouve à leur place des tubercules assez proéminents et très-durs. J'ai pu en constater deux à chaque sein.

» Les ganglions axillaires ont été engorgés, la nourrice a plutôt attribué cet engorgement à la cessation de l'allaitement qu'à la maladie du sein. Cet engorgement a disparu aujourd'hui.

» La malade n'a pas de glandes derrière le cou, elle m'a dit avoir, sur chaque cuisse, au dos et au ventre, quelques boutons rouges, qui ensuite ont suppuré. Le mari et les enfants sont bien portants.

» J'ajouterai qu'à partir du 20 mars, la nourrice a été mise en traitement par mon confrère, et que la peur de devenir plus malade lui a fait retirer le sein au nourrisson. Cet enfant, nourri au biberon, a rapidement dépéri et est mort plutôt de privations que de sa maladie; telle est du moins l'opinion de M. le docteur Chaudony. En résumé : accidents secondaires transmis par M. X... à sa femme avant la grossesse, grossesse dans des conditions d'infection, accouchement à terme d'un enfant syphilitique ayant présenté des symptômes très-variés et notamment à la bouche; allaitement par une femme bien portante, développement sur le mamelon droit de cette femme, d'une papule, bientôt transformée en papule squameuse, en papule ulcérée, et finalement en chancre induré suivi de toutes ses conséquences en dépit du traitement; abandon du nourrisson. Grossesse chez la nourrice, pas d'infection chez son mari, accouchement à terme d'un enfant atteint d'ozène et d'ulcérations labiales, allaitement par une femme ayant une bonne santé, développement aux deux seins de cette femme de pustules qui s'ulcèrent, se transforment en chancre induré, puis laissent en leur lieu et place, après la guérison, des tubercules cutanés; abandon de l'enfant, mort de celui-ci. »

L'observation qui précède suffit à donner une idée du mode habituel de transmission de la syphilis infantile et des suites fâcheuses qui en résultent. Cette infection peut s'étendre à toute une famille et former, pour ainsi dire, un centre épidémique. La mort, une maladie grave, des infirmités incurables, tel peut être le triste résultat de cette infection.

Les tribunaux ont été souvent et seront de plus en plus saisis de ces sortes de faits qui entraînent la responsabilité des parents et des médecins eux-mêmes.

Siége de l'inoculation accidentelle. — Le plus souvent c'est au mamelon que se déclare le chancre. On peut établir en principe qu'il y a trois siéges de prédilection pour le chancre ainsi contracté : le mamelon que tette l'enfant, la bouche de la nourrice, à cause de l'habitude qu'ont les nourrices de porter alternativement à leur bouche et à celle de l'enfant la cuiller quand les enfants mangent la bouillie, et l'avant-bras qui est souvent en contact, étant à nu, avec les fesses de l'enfant. Souvent les deux mamelons présentent des chancres.

Diagnostic. — *Examen de l'enfant.* — Le plus souvent l'enfant vient au monde exempt de toute manifestation syphilitique; ainsi s'explique la sécurité des parents et des nourrices. Malheureusement l'ignorance des nourrices ne leur per-

met pas de reconnaître tout de suite le caractère de la maladie qui se développe chez l'enfant, et souvent elles ont recours au médecin, alors qu'elles sont elles-mêmes infectées. L'époque ordinaire de l'apparition de la syphilis infantile se place entre le premier et le second mois. Nous donnons ici la statistique dressée par Diday sur 158 cas :

Avant	1 mois révolu	86 fois
—	2 mois	45
—	3 mois	15
—	4 mois	7
—	5 mois	1
—	6 mois	1
—	8 mois	1
—	1 an	1
—	2 ans	1

On trouvera plus loin la description des signes de la syphilis infantile. « Il suffit, dit Tardieu (*loc. cit.*), de rappeler que l'élément caractéristique est la plaque muqueuse à l'entrée de la bouche et des narines, au pourtour de l'anus ou des organes génitaux. Des éruptions de formes diverses, tantôt simplement vésiculeuses, tantôt pustuleuses et même bulleuses, les accompagnent. Les ongles des pieds sont le siége d'un onyxis spécifique; un coryza tout particulier, persistant, rebelle, que les matrones et les nourrices en certains pays appellent *rifflettes*, et qui entretient l'écoulement d'une matière verdâtre, quelquefois fétide ; le catarrhe des bronches, les lésions des poumons, du thymus, du foie, plus rarement des os, tels sont, dans leur ensemble, les signes caractéristiques de la syphilis du nouveau-né. On sait qu'il ne tarde pas à tomber dans un état de cachexie et de sénilité anticipée. »

Examen de la nourrice. — La maladie chez la nourrice (en cas de transmission par l'enfant) est toujours postérieure à la maladie du nourrisson. Cependant il n'est pas nécessaire que le contact soit très-prolongé. Diday cite un cas de contagion dans lequel la nourrice n'a donné à teter au nourrisson que pendant trois jours; Campbell a vu une nourrice infectée par un enfant qu'elle a gardé seulement du dimanche au jeudi. On a vu dans quelques cas plusieurs nourrices être successivement infectées par le même enfant. Le chancre du mamelon produit par la syphilis secondaire ou congénitale du nourrisson a été étudié par Viennois (1), qui en trace ainsi les caractères. « Généralement il est unique, solitaire, quelquefois multiple, c'est l'exception ; il affecte ordinairement la base du mamelon, mais ne s'éloigne pas trop de cet organe ; quelquefois il affecte l'auréole et très-rarement la peau du sein, en dehors de l'auréole ; quelquefois on l'observe sur le mamelon lui-même ; en général, ce sont les parties du sein les plus exposées à se fendiller, à s'excorier sous l'influence des efforts de succion exercés par le nourrisson, qui sont envahies par l'ulcération chancreuse. L'ulcération est généralement superficielle, quelquefois cependant elle est profonde. M. Rollet a cité des observations de chancres qui ont fait le tour de la base du mamelon... Le fond de l'ulcère est tan-

(1) Viennois, *Recherches sur le chancre primitif et les accidents consécutifs produits par la contagion de la syphilis secondaire*, thèse inaugurale. Paris, 1860.

tôt grisâtre, pultacé, tantôt lie de vin. — L'induration est, en général, très-marquée, chondroïde. — Quant à l'adénite, il faut la rechercher dans l'aisselle, quelquefois un peu au devant de cette région, sous le grand pectoral. » Il ne faut pas négliger d'examiner les nourrices afin de savoir si elles ne portent pas de traces de syphilis antérieure; on doit examiner aussi leurs enfants. Si le chancre, qui est l'accident primitif, s'est montré chez la nourrice dans le temps ordinaire, après qu'elle a allaité un enfant syphilitique, la preuve est presque faite.

Il arrive cependant que ces faits, produits devant les tribunaux, cessent bientôt d'être clairs, parce qu'il y a en jeu des intérêts graves et que l'*intérêt* est en contradiction avec le sentiment de la *vérité*. On peut nier la syphilis ou incriminer la nourrice; si celle-ci présente aux parties sexuelles des lésions secondaires, il se peut qu'on veuille voir là le point de départ de la syphilis. On n'oubliera pas que la syphilis congénitale n'a pas de voie d'entrée, pas de chancre au début, tandis que l'enfant contaminé après sa naissance, a la syphilis comme l'adulte, c'est-à-dire avec un chancre pour point de départ. En résumé, nous dirons avec Tardieu (*loc. cit.*) « la contagion de la syphilis congénitale du nourrisson à la nourrice est tout à fait hors de doute; elle n'est même pas très-rare; la réalité du mal vénérien étant bien établie par l'étude attentive des symptômes spécifiques, le mode de transmission sera, en général, facile à déterminer par la comparaison attentive du siége primitif et de la forme des accidents caractéristiques, tant chez l'enfant à la mamelle que chez la nourrice, et par les différences d'évolution que présentent la syphilis contractée par les rapports sexuels et celle qui résulte d'un vice originel. »

52° SYPHILIS DES ENFANTS NOUVEAU-NÉS.

La syphilis des enfants nouveau-nés peut être héréditaire ou acquise. Elle est très-rarement acquise; elle est le plus souvent *héréditaire* ou *congénitale* (syphilis *connata* de Swediaur). La syphilis peut se montrer après la naissance, c'est le cas le plus commun; elle peut se produire pendant les derniers temps de la vie intra-utérine. Doublet est le premier (1) qui ait décrit régulièrement cette affection chez les enfants nouveau-nés observée par lui sur 150 sujets. Bertin ensuite publia un livre resté célèbre sur cette question (2). Depuis, Trousseau et Lasègue (3), Putégnat (4), Cullerier, Bouchut, ont fourni des observations nouvelles et intéressantes. On lira également avec profit la thèse de E. Vidal sur la syphilis congénitale (1860). Le mode de transmission de la syphilis héréditaire est mal connu. On a discuté sur l'influence que le père ou la mère peuvent avoir sur l'hérédité de la syphilis.

Influence de la mère. — Le plus grand nombre des auteurs pense que l'enfant ne peut avoir la syphilis héréditaire si sa mère n'est pas elle-même syphilitique.

(1) Doublet, *Mémoire sur les symptômes et le traitement de la maladie vénérienne de nouveau-nés*. Paris. 1781.

(2) J. H. Bertin, *Traité de la maladie vénérienne chez le nouveau-né, les femmes enceintes et les nourrices*. Paris, 1810.

(3) Trousseau et Lassègue, *Syphilis des enfants du premier âge* (*Arch. gén. de méd.*, 1854).

(4) Putégnat, *Syphilis des nouveau-nés*, 1854.

Cullerier est tout à fait affirmatif dans ce sens; Bouchut partage cette opinion. Quant à savoir s'il est nécessaire que la mère soit infectée avant ou au moment de la conception, ou s'il est possible que l'enfant soit syphilisé alors que la mère n'a été infectée que pendant le cours de sa grossesse, les avis sont partagés. Cullerier croit que l'infection est possible, quelle que soit l'époque où la mère a été infectée. Ricord pense que la limite extrême après laquelle l'infection ne peut se transmettre est le sixième mois.

Influence du père. — Cette influence peut-elle exister sans que la mère elle-même soit syphilisée? Trousseau et Diday se prononcent pour l'affirmative. Émile Vidal (*loc. cit.*) rapporte trois cas qui semblent établir l'influence exclusive du père. Mayr (de Vienne) établit, d'après 49 cas (1), que le père seul transmet la syphilis. Nous avons dit que Cullerier professe une opinion diamétralement opposée à celle-là. Un grand nombre de questions peuvent se poser ici; Melchior Robert les résume dans le paragraphe suivant : 1° Le père peut-il engendrer un enfant syphilitique à toutes les périodes de la vérole? 2° Est-il nécessaire, pour que la transmission ait lieu, qu'il soit, au moment de la procréation, sous le coup de quelque accident visible? 3° Le traitement que subit le père au moment de la procréation a-t-il une influence sur l'état du germe et conséquemment sur la santé du fœtus? Ricord n'admet la transmission que pendant la période secondaire; passé ce temps, la transmission aurait lieu sous la forme de la scrofule. Cette opinion n'est pas acceptée en général par les syphilographes. Bassereau admet que les accidents se transmettent dans leur espèce, qu'ainsi le fœtus infecté par un père atteint d'accidents tertiaires n'aura pas d'accidents secondaires et aura d'emblée des accidents tertiaires. Quant à la deuxième question, on cite des exemples d'enfants procréés syphilitiques par un père qui, à ce moment, ne présentait plus de signes de syphilis. Pour la troisième question, il paraît, d'après plusieurs observateurs, que le traitement subi par le père au moment de la fécondation peut modifier avantageusement les prédispositions du germe.

Infection au passage. — On a pensé qu'il pouvait quelquefois se faire qu'un enfant né d'une mère syphilitique fût contaminé, au moment de la naissance, par le contact des parties sexuelles de la mère. S'il existe à la vulve ou dans le vagin un accident primitif ou des accidents secondaires (plaques muqueuses), le fait peut matériellement se produire; mais on n'en connaît pas d'exemple authentique. D'ailleurs ici il se produirait un chancre sur la surface du corps de l'enfant, et il s'agirait non d'une syphilis congénitale, mais d'une syphilis acquise.

Syphilis avant la naissance. — L'observation a démontré que les parents atteints de syphilis engendrent souvent des enfants faibles, cachectiques, qui naissent avant terme, qui meurent souvent dans le sein maternel, et que le traitement antisyphilitique peut, en guérissant la maladie chez les parents, les rendre aptes à concevoir ensuite des enfants qui viennent au terme normal et indemnes. A côté de ce fait se place une autre observation : un certain nombre d'enfants apportent en naissant des lésions qui ont été rapportées à la syphilis; souvent ces enfants naissent avant terme ou ne tardent pas à succomber, quelques-uns succombent avant

(1) Mayr, *Syphilis héréditaire chez les enfants* (*Annales de la syphilis et des maladies de la peau*, t. IV, p. 265).

la naissance. Bien que les auteurs anciens aient signalé ces faits, ce n'est qu'à notre époque qu'on les a étudiés avec soin. Doublet, Rondelet, Bertin et A. Cooper, Guérard, Landmann (1), Bouchut (2), Deville, de Méric (3), en ont rapporté des exemples. On doit à P. Dubois (4), à Gubler (5), à Depaul (6), des recherches importantes sur ce sujet.

Symptômes. — La manifestation la plus habituelle de la syphilis avant la naissance est le *pemphigus*, signalé déjà par les anciens, et étudié surtout par Ant. Dugès (7). Cet auteur admet la nature syphilitique de cette éruption. Krauss (8) en rapporte de nombreux exemples et pose la question de savoir si le pemphigus est syphilitique ou seulement cachectique. Ricord admet, avec Cullerier et Diday, que le pemphigus est simplement cachectique et non syphilitique. Presque tous les accoucheurs contemporains, Dubois, Danyau, Depaul, Stoltz, regardent cette éruption comme étant de nature syphilitique; telle est aussi l'opinion de Trousseau, de Huguier, de Gubler, de Bouchut. On a objecté que le pemphigus ne se rencontrait pas chez l'adulte syphilitique, mais on en a produit plusieurs exemples qui doivent faire tomber cette objection. P. Dubois (9) donne la description suivante du pemphigus des enfants nouveau-nés : « Le pemphigus, que je regarde comme syphilitique, est caractérisé par des vésicules pour la plupart volumineuses et rapprochées, presque toutes remplies de pus d'une couleur jaune très-prononcée. Les plus remarquables sont développées sur la face plantaire des pieds et sur la face palmaire des mains, et reposent sur une peau dont la teinte violette ou bleuâtre contraste avec la couleur rosée des autres parties; ici, les vésicules sont si pressées en général, qu'elles se touchent et semblent se confondre par quelque point de leur base. Les vésicules répandues sur les autres parties du corps y sont ordinairement plus séparées les unes des autres et moins volumineuses; la peau sur laquelle elles sont placées n'y présente pas au même degré la teinte bleue signalée plus haut; cette teinte est même le plus souvent absente sur le tronc. L'apparition du pemphigus syphilitique précède généralement la naissance d'un laps de temps assez long pour que, dans la plupart des cas, on puisse voir, aussitôt que l'enfant est né, des vésicules déjà creusées et vides, à côté d'autres qui commencent à paraître, et d'autres qui sont parvenues au terme de leur évolution. Cette éruption existe souvent chez des enfants bien développés et dont la nutrition s'est normale-

(1) Landmann, *Journal de Siebold*.

(2) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, 4e édition. Paris, 1862, chap. VII, art. SYPHILIS INFANTILE.

(3) De Méric, *Lectures on the syphilis* (*The Lancet*, 1858, p. 54).

(4) Paul Dubois, *Du diagnostic de la syphilis considérée comme une des causes possibles de la mort du fœtus* (*Gazette médicale de Paris*, 1859, et *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1851, t. XVI, p. 954 et 971).

(5) Gubler, *Mémoire sur une nouvelle affection du foie liée à la syphilis héréditaire chez les enfants du premier âge* (*Gazette médicale*, 1852, et *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, 1852).

(6) Depaul, *Bulletins de la Société anatomique*, 1837. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1850-1851, t. XVI, p. 920 et suiv. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1853, t. XVII, p. 503 à 521.

(7) Ant. Dugès, *Thèse inaugurale*. Paris, 10 mai 1821, n° 64.

(8) Krauss, *De pemphigo neo-natorum*. Bonnæ, 1834.

(9) Paul Dubois, *Discours sur la syphilis congénitale* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1851, t. XVI, p. 977).

ment accomplie jusqu'au moment de leur naissance. » Ces enfants succombent le plus souvent au bout de quelques jours. Ce n'est pas là une éruption indépendante de la syphilis; en effet, dans la plupart des cas, P. Dubois a reconnu des traces de syphilis chez les parents de ces enfants. D'ailleurs, quelques-uns de ces enfants présentaient des signes de syphilis en d'autres régions, par exemple, des ulcérations de la voûte palatine, du pharynx et de la membrane pituitaire, avec perforation de la cloison, caries osseuses, etc. Entre l'opinion de Ricord, qui admet difficilement le pemphigus syphilitique, et celle de Cazeaux (1), qui pensait que le pemphigus des nouveau-nés impliquait une cachexie quelconque scorbutique, syphilitique, tuberculeuse, scrofuleuse ou autre, se place celle de Gubler, qui admet deux espèces de pemphigus, l'une cachectique, bulleuse, l'autre spécifique, offrant des caractères différents, plus abondante, purulente, avec altération profonde du derme. D'après E. Vidal (2), le pemphigus congénital est, dans le plus grand nombre des cas, sinon toujours, un des signes de la syphilis héréditaire. On rencontre fréquemment avec le pemphigus, quelquefois sans cette éruption, des lésions viscérales que Dubois, Depaul, Gubler, Virchow, Braun, Hecker ont plus particulièrement étudiées.

Thymus. — Nous avons signalé plus haut la lésion du thymus rattachée par P. Dubois à la syphilis. Virchow adopte cette opinion (3). Il s'agit de foyers laiteux d'apparence purulente que l'on trouve quelquefois chez les nouveau-nés syphilitiques.

Poumons. — Depaul a décrit le premier une lésion pulmonaire (4), qu'il a observée en 1837 pour la première fois, et qui se rencontre fréquemment avec le pemphigus et l'hypertrophie du foie. Cette lésion a quelque analogie avec les gommes; Lebert en donne la description suivante : au milieu d'une charpente formée par la trame pulmonaire, mêlée d'éléments fibro-plastiques, se trouve une substance diffuse, molle, pulpeuse, et dans laquelle existent de nombreuses cellules de petit volume, semblables à celles que l'on rencontre dans les gommes syphilitiques.

Foie. — Nous avons décrit précédemment (syphilis viscérale) l'altération du foie signalée par Gubler (5); cette altération, tantôt partielle, tantôt générale, sorte de cirrhose, peut se présenter à tous les degrés, depuis la simple infiltration jaune jusqu'à l'atrophie de la masse du foie.

Gubler a observé un cas d'ictère congénital pouvant être rapporté à cette cause.

D'autres lésions ont été signalées, telles que les pleurésies, l'hydrocéphale (de Méric), l'exostose (Underwood), la carie (Cruveilhier, Laborie), l'éburnation des os (Bouchut).

Symptômes. — Les symptômes de la syphilis des nouveau-nés, bien que se rat-

(1) Cazeaux, *Bulletins de la Société anatomique*, 1837. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1851, t. XVI.

(2) Émile Vidal, *De la syphilis congénitale*, thèse pour l'agrégation en médecine. Paris, 1860.

(3) Virchow, *La syphilis constitutionnelle*, traduit de l'allemand par le docteur Paul Picard. Paris, 1860.

(4) Depaul, *Bulletins de la Société anatomique*, 1837. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1851, t. XVI.

(5) Gubler, *Comptes rendus des séances et mémoires de la Société de biologie*, 1852.

tachant à l'ensemble des manifestations syphilitiques, telles qu'on les observe chez l'adulte, ont cependant un caractère spécial, une intensité et une violence particulières, et ils ne se succèdent pas avec la même régularité que chez l'adulte. D'abord l'accident initial, le chancre, fait défaut; ensuite il ne faut pas s'attendre à voir ici des accidents secondaires, gradués pour ainsi dire. Des éruptions très-apparentes et caractéristiques, des lésions des muqueuses, un coryza spécial, un état de souffrance générale avec dépérissement rapide et cachexie, tel est le caractère général de la syphilis des nouveau-nés.

Éruptions cutanées. — Quelquefois, au début, on voit des taches ou plaques rouges, une sorte d'érythème. Il n'y a point de roséole franche. On rencontre aussi l'érythème des fesses et des organes génitaux.

Lorsque l'érythème est très-intense et très-rouge, il justifie l'expression de *sémi-cocti*, qui a été appliquée à ces enfants. Aux fesses et aux parties sexuelles, cet érythème se transforme en plaques ou pustules qui s'ulcèrent et suppurent. Souvent les pieds et les mains sont d'un rouge vif; il se produit une espèce d'onyxis suppuré, qui, quelquefois, entraîne la chute des ongles. Un pus mal lié, verdâtre et fétide, s'écoule sur le bord latéral des ongles. Quelquefois la peau des mains et des pieds est blanchie et comme macérée.

Les *pustules muqueuses* se montrent à la peau de l'ombilic, dans les plis des membres, aux fesses et sur les organes génitaux, sous la forme d'élevures plates, dures, luisantes, ou humides et suppurantes.

Les *éruptions squameuses* ont été quelquefois observées; Cazenave cite deux cas de syphilides cornées à la paume des mains et à la plante des pieds. Melchior Robert (1) rapporte un exemple d'éruption papuleuse sèche très-confluente, observée sur le ventre et la poitrine d'un nouveau-né syphilitique. On a signalé aussi, chez les nouveau-nés syphilitiques, les *éruptions pustuleuses*, acné, impétigo, ecthyma, avec altération profonde du derme, avec tendance ulcéreuse, et les éruptions tuberculeuses.

Les *éruptions bulleuses*, qui sont habituellement confondues sous le nom de *pemphigus*, occupent une place importante dans la *syphilis neo-natorum*. Ces bulles occupent le plus souvent la paume des mains et la plante des pieds; mais elles peuvent se montrer sur toute la surface du corps. Nous en avons donné la description plus haut. Ce n'est pas toujours une éruption précédant la naissance. On l'a vue se produire plusieurs jours après la naissance. Cette éruption est moins fréquemment observée et moins caractéristique que les autres, notamment que les plaques muqueuses.

Membranes muqueuses. — Les plaques muqueuses se produisent en grande quantité à l'anus, sur les parties sexuelles, dans la bouche, au palais et sur la muqueuse des joues, aux angles des lèvres, à l'orifice des narines. Ces plaques muqueuses suppurent et forment des ulcérations, des fissures. C'est par la bouche que les enfants transmettent surtout la syphilis à leur nourrice.

Le *coryza* syphilitique des nouveau-nés est un symptôme très-caractéristique et qui manque rarement. Un écoulement abondant, séro-sanguinolent, fétide, a lieu

(1) Melchior Robert, *Nouveau traité des maladies vénériennes d'après les documents puisés dans la clinique de Ricord*. Paris, 1861.

par les narines; des fissures, des croûtes noirâtres se produisent; quelquefois il y a des ulcérations de la muqueuse et même des perforations de la cloison; l'enchifrènement, la difficulté de respirer et, par suite, l'impossibilité pour l'enfant de teter rendent ce symptôme très-grave.

L'*otorrhée* purulente a été aussi signalée comme un des signes de la syphilis des nouveau-nés. L'*entérite* est fréquente. Nous n'insisterons pas sur les lésions viscérales que nous avons décrites plus haut.

Pronostic. — La syphilis des enfants nouveau-nés est le plus souvent mortelle. Indépendamment du malaise, de la cachexie, de la difficulté que les enfants éprouvent à respirer, et des conditions propres de la maladie, les accidents développés dans la bouche et qui gênent la succion, le dégoût qu'inspirent ces enfants et la nécessité de les allaiter artificiellement, sont autant de circonstances défavorables et qui rendent le pronostic des plus fâcheux.

La *durée* de la syphilis des nouveau-nés peut être de plusieurs mois, elle peut guérir par un traitement convenable, le plus souvent elle entraîne la mort en quelques semaines. On ne doit jamais perdre de vue le danger auquel ces enfants exposent les nourrices auxquelles on les confie.

TRAITEMENT DE LA SYPHILIS.

Nous diviserons le traitement en deux parties :

1° Traitement du chancre.

2° Traitement des accidents constitutionnels.

Traitement du chancre. — *Prophylaxie et moyens abortifs.* — Le *pus du chancre*, dilué, mélangé aux principaux liquides de l'organisme, a toujours paru conserver ses propriétés; traité par les acides énergiques ou les alcalis caustiques, il cesse d'être apte à reproduire un chancre. Ricord, dans cette sorte d'expérience, s'est servi des substances suivantes : acide sulfurique, acide nitrique, hydrochlorique, acétique, potasse, soude, alcali volatil. Le vin, l'alcool, les décoctions concentrées de tan produisent les mêmes effets. L'eau pure employée en grande quantité enlève au pus ses propriétés contagieuses; aussi une lotion prolongée avec l'eau pure constitue-t-elle un préservatif suffisant. Ce sont là des faits observés avant l'inoculation, sur le pus libre ou seulement déposé à la surface des tissus; mais il n'en est plus de même si le pus a été greffé sur l'organisme, s'il l'a pénétré et imprégné; en pareil cas, si le traitement est pratiqué peu de temps après l'insertion, on peut espérer de détruire le virus, non plus par dilution ou action directe, mais en détruisant le tissu même qui est pénétré par le virus. Il en est de même pour tous les poisons animaux. Cependant Rollet affirme que sans détruire les tissus, sans recourir à l'action caustique, et par la seule application des substances indiquées plus haut, sur le point contaminé, on peut, dans les premières heures qui suivent l'inoculation, prévenir la maladie.

Plusieurs faits de ce genre observés par Rollet, Fargier et Chabalier, sont cités dans la thèse de ce dernier. D'après Rollet « les acides sulfurique, nitrique, hydrochlorique, citrique, acétique; la potasse, la soude, l'ammoniaque, le sulfate de fer, le chromate de potasse, en dissolution dans l'eau, dans des proportions telles que

l'épiderme ne soit pas attaqué, possèdent la propriété de prévenir le développement de la pustule chancreuse, lorsqu'on les applique sur le point inoculé pendant quelque temps, et cela, deux, quatre, six et jusqu'à douze ou vingt-quatre heures après l'inoculation. »

Il n'y a donc pas d'*antidote*, de *spécifique*, contre le pus infectant ; il y a des liquides destructeurs des propriétés organiques.

Rollet recommande plus particulièrement comme usuels et efficaces, les deux liquides suivants :

1° Solution saturée d'acide citrique.
2° Vinaigre de Bully.

Rodet a composé, pour le même usage, un liquide dont voici la formule :

Eau distillée.	32 gram.	Perchlorure de fer.	aa 4 gram.
		Acide citrique	
		Acide chlorhydrique.	

On pourra aussi se servir utilement de l'*acide phénique* en solution suffisamment étendue. Cet acide jouit de propriétés désorganisantes remarquables et se combine rapidement avec les liquides et les tissus de l'organisme.

Dans le cas où l'on voudrait détruire une pustule chancreuse au troisième ou au quatrième jour de l'inoculation, il faudrait se servir d'un caustique énergique et appliqué profondément.

Ces précautions, ce traitement prophylactique, ne peuvent sans doute s'appliquer utilement qu'aux cas artificiels, où la lancette du médecin a fait une inoculation, soit volontaire, soit involontaire. Il peut se rencontrer telle circonstance où le pus d'un chancre serait accidentellement mis au contact de la main de l'opérateur, du médecin. Les cas d'inoculation accidentelle de la syphilis aux médecins ne sont pas rares. En pareille circonstance, le plus sûr serait d'employer les lotions indiquées plus haut, en prenant la précaution de prolonger ces lotions, afin de maintenir, pendant un temps suffisant, les parties contaminées au contact des liquides caustiques.

Il résulte de ces expériences un fait plus général et applicable à tout le monde : c'est que les lotions prolongées, surtout avec un liquide acidulé, sont un excellent préservatif contre l'inoculation du chancre.

Destruction du chancre. — L'idée de détruire les chancres au début est contemporaine de la doctrine du chancre infectant ; aussi est-ce à John Hunter qu'il en faut reporter le mérite ; il a du reste nettement indiqué cette méthode dans le passage suivant : « La méthode la plus simple de traiter un chancre, consiste à le détruire ou à l'extirper ; de cette manière, on le réduit à l'état d'ulcère ou de plaie simple, et il se cicatrise comme toute plaie de cette nature. Cette pratique ne peut être employée qu'au début du chancre, quand les tissus voisins ne sont pas encore infectés, car il est de toute nécessité que la partie malade soit enlevée tout entière, entreprise difficile à réaliser quand le chancre a pris beaucoup d'extension ». Hunter propose l'excision et les caustiques ; si le chancre est sur le gland, on préférera la cautérisation afin d'éviter l'hémorrhagie ; il conseille comme caustique le nitrate d'argent fondu ou la potasse caustique. Hunter ajoute que la cautérisation ou l'incision, si habilement pratiquées qu'elles soient, ne peuvent donner une confiance absolue, et qu'il est prudent, même dans les cas où l'opération semble avoir bien réussi, d'administrer le traitement interne. Ricord a professé la même doctrine

et préconisé les caustiques au début des chancres ; il s'est servi pour cela de la *pâte de Vienne*, ou d'un *mélange d'acide sulfurique* et de *poudre de charbon végétal*. Ricord pensait que tout chancre à son début est une affection locale ; mais cette manière de voir ne peut plus être admise aujourd'hui, et il faut reconnaître *deux espèces de chancres :* 1° le *chancre mou*, accident *local ;* 2° le *chancre dur* ou *infectant*, accident constitutionnel qui marque le début de la diathèse syphilitique et qui est, non pas *cause*, mais *effet*.

Nous avons dit plus haut que tout agent infectieux pouvait être détruit ou neutralisé dans les premiers moments qui suivent son application ou son insertion dans nos tissus ; mais cela ne dure que pendant quelques heures ; passé ce temps, il est trop tard, et la maladie doit suivre son cours. Ricord, dans ses leçons, publiées par Fournier, s'est rangé à l'opinion nouvelle et a adopté la cautérisation, surtout pour le chancre mou : « Voulez-vous, dit-il, connaître d'un mot toute la thérapeutique du chancre mou ? La voici : réduire l'ulcération spécifique à l'état d'ulcère simple ; transformer une plaie possédant sa cause spéciale d'entretien en une plaie qui n'ait plus de raison d'être. »

Ricord propose une cautérisation profonde et destructive.

Rollet surtout a insisté sur la méthode de cautérisation dans le cas de *chancre simple* ou de *chancre mixte* (1856). Il s'est servi de la pâte au *chlorure de zinc*, déjà employée par Diday (pâte de Canquoin). Voici comment procède Rollet dans l'emploi de la pâte au chlorure de zinc : les parties étant lavées, on taille des rondelles de caustique de même forme et de même dimension que les chancres, et l'on en recouvre ceux-ci, de telle façon que toute la plaie est couverte et que les tissus sains sont épargnés. On fixe ensuite le caustique à l'aide de charpie et de bandelettes agglutinatives. On laisse le caustique en place pendant deux heures, afin que la cautérisation soit aussi complète que possible.

L'eschare se détache du troisième au quatrième jour, et le chancre est changé en une plaie simple, suivant l'expression de Ricord.

Ces cautérisations ne sont pas très-douloureuses et elles n'entraînent pas de complications. Rollet en a pratiqué 41 en deux mois sur 15 malades. Il y a des chancres qui se prêtent mal à la cautérisation, tels sont les chancres de l'urèthre et ceux de la rainure ou du frein de la verge en cas de phimosis. Mais, dans ce dernier cas, on peut inciser le prépuce et mettre à nu le chancre, que l'on cautérise alors à ciel ouvert. Dans les cas de phagédénisme, la plaie sera traitée autrement.

Les avantages de la cautérisation sont tellement évidents qu'il est à peine nécessaire de les indiquer ; en voici quelques-uns : durée très-courte du chancre et transformation qui rend toute contagion impossible, soit sur une personne étrangère, soit sur le malade lui-même, le bubon évité, si la cautérisation est faite en temps utile.

Chancre phagédénique. — Nous avons donné plus haut la description du phagédénisme. Cet accident peut compliquer toutes les espèces de chancres, et même les bubons suppurés, et paraît tirer son origine de la constitution propre du malade.

Le phagédénisme résiste au traitement interne, et, employer ce traitement, c'est, suivant l'expression de Rollet, prendre le chemin le plus long. C'est donc par le traitement local qu'il faut attaquer cette complication dangereuse et rapidement envahissante.

Rollet préfère à tout autre moyen la cautérisation avec le fer rouge, qu'il pratique de la façon suivante : on peut endormir le malade à l'aide du chloroforme ; on lave la plaie et on la sèche avec la charpie, puis on promène le fer rouge sur toute la surface chancreuse, en ayant soin de pénétrer dans toutes les anfractuosités, sans épargner les bords. Il faut cautériser profondément et dépasser les limites du chancre en profondeur et en surface. On panse ensuite la plaie avec l'eau blanche et avec le vin aromatique.

Ricord traite le chancre phagédénique par des cautérisations répétées avec l'acide nitrique monohydraté. Si les douleurs sont vives et l'inflammation étendue, il recommande les lotions émollientes et sédatives, les bains tièdes et mucilagineux. On peut employer les opiacés à l'intérieur et à l'extérieur. Melchior Robert recommande le pansement avec les solutions suivantes :

Eau distillée de laitue......	200 gram.	Extrait gommeux d'opium......	4 gram.

On peut aussi avoir recours à la pommade suivante, préconisée par Ricord :

Stéarate de fer...........	40 parties.	Huile essentielle de lavande....	5 parties.

F. s. a.

L'état général du malade doit être pris en considération, et il convient de lui administrer des toniques et des reconstituants, du fer, des tisanes amères, gentiane, houblon, quinquina, préparations iodées, huile de foie de morue.

Chancre induré. — Le chancre induré ne peut être traité utilement par les caustiques, à moins de complications ; il faut, néanmoins, panser ce chancre ; on peut, pour cela, employer le traitement suivant : deux ou trois fois par jour, étendre des plumasseaux de charpie recouverts de :

℞ Cérat en pommade de concombre.	30 gram.	Calomel à la vapeur........	1 à 4 gram.

Mêlez.

Dans les cas de *chancre uréthral*, afin d'éviter les érections douloureuses, on pourra se servir des pilules camphrées de Ricord :

℞ Camphre pulvérisé.......	aa 3 gram.	Mucilage..................	q. s.
Thridace..............			

Mêlez pour 20 pilules.

Nous renvoyons le lecteur, pour le traitement des bubons, aux traités de pathologie externe.

Traitement de la syphilis constitutionnelle. — Un coup d'œil rapide jeté sur le passé nous permettra de passer en revue les différentes médications qui ont été préconisées pour combattre la syphilis constitutionnelle.

Les premiers observateurs, à la fin du XVe et au commencement du XVIe siècle, ne manquaient pas de purger les malades, de les saigner, de les soumettre à une diète sévère, de composer des drogues destinées à purifier le sang et à chasser les mauvaises humeurs. C'étaient le tamarin, la manne, le séné et la casse, la chicorée et la bourrache, l'asperge, le fenouil, le houblon. Ils employaient aussi les bains

aromatisés. Des préparations pharmaceutiques très-compliquées étaient appliquées aux mêmes cas : c'étaient l'électuaire lénitif, le diacatholicon, les pilules d'or de Nicolas, etc. Les accidents locaux étaient traités par des onguents gras, des huiles mêlées avec l'encens, la myrrhe, la litharge. Les étuves étaient fort en honneur pour guérir les accidents à la peau, mais le procédé employé était pénible ; on plaçait les malades dans des fours.

L'insuffisance de ce traitement, auquel manquait précisément le spécifique, était une sorte de stimulus pour l'imagination trop féconde des médicastres. Astruc (cité par Rollet) s'exprime ainsi sur ce sujet : « Tous ces remèdes pouvaient bien, à la vérité, adoucir la violence du mal, corriger la virulence des humeurs, et disposer enfin à des remèdes plus efficaces, mais n'étaient nullement en état d'emporter une si cruelle maladie, et d'éteindre un virus qui corrompait toute la masse des humeurs. » On ne doit donc pas s'étonner si les médecins employaient inutilement cette méthode. Aussi Fallope avoue-t-il que les médecins de ce temps-là désespérèrent de réussir, voyant qu'ils ne pouvaient point découvrir de méthode certaine ; que par là, ils se rendirent si méprisables à tout le monde, que, si quelques chirurgiens très-hardis n'eussent trouvé par hasard l'usage du mercure, et s'il n'était survenu des Espagnols qui savaient comment la maladie se traitait dans les Indes, la vérole aurait été et serait encore incurable.

Le *traitement par le mercure* date de 1514, c'est à Béranger de Carpi et à Jean de Vigo qu'il faut rapporter l'honneur d'avoir introduit cet agent thérapeutique dans la pharmacopée régulière. C'était surtout par les frictions que l'on agissait à cette époque, et la salivation mercurielle était un accident fréquent bien propre à décourager le patient et à discréditer la méthode nouvelle. Aussi faut-il dire que ces frictions étaient faites avec profusion, sans ménagement, sur les aines, les jarrets, les aisselles.

Les fumigations étaient aussi fort employées ; on les faisait soit avec des parfums seulement, soit avec divers mercuriaux, tels que le précipité rouge, le cinabre et le sublimé. On faisait suer les malades à outrance, en les plaçant dans un cabinet rempli de vapeurs et de fumigations.

On hésita pendant quelques années à donner le mercure à l'intérieur ; ce ne fut qu'en 1535 que cette répugnance fut surmontée par Pierre-André Mathiole. A cette époque, on recherchait la salivation, que l'on considérait comme le signe d'une saturation salutaire, et les plus graves accidents s'ensuivaient. La réaction contre l'usage du mercure ne pouvait manquer de survenir, et elle fut telle, que malades et médecins renoncèrent presque partout à cette médication au commencement du XVI[e] siècle.

Le gaïac ou bois saint remplaça le mercure. Ce remède, préconisé par les médecins qui avaient été en Amérique, fut employé dans les armées par ordre de Charles-Quint et devint d'un usage vulgaire. On employait le gaïac en décoction, et l'on faisait suer les malades, afin de faire traverser l'organisme par le remède. Cette pratique, continuée pendant plusieurs semaines, était fatigante. On employa également la squine, la salsepareille, la bardane, le bois de genièvre.

Dans les temps modernes, il y a eu aussi des écoles qui se sont opposées au traitement par le mercure. Ferguson, Rose, Guthrie, Thomson (1813-1817), osèrent se passer du mercure pour le traitement de la vérole. L'expectation, la diète, le

repos, les purgatifs et les antiphlogistiques étaient les seuls remèdes. Plusieurs milliers de malades furent ainsi soumis à l'expérience. Mac Gregor et W. Francklin déclarèrent l'abstention préférable au traitement mercuriel.

En France, Jourdan (1) et Broussais, Desruelles (2), Richond des Brus (3), partagèrent cette erreur.

En Allemagne, la réaction fut plus violente et plus intolérante, Fricke, de Hambourg (4), puis Kluge, de Berlin (5), proscrivirent le mercure.

Plus tard, à une époque très-rapprochée du moment présent, la *syphilisation* fut prêchée et entraîna quelques adeptes. Nous en parlerons plus loin.

Le *traitement par l'iode* est d'origine toute moderne. Wallace, le premier, en indiqua l'usage raisonné et fit entrer dans la pratique l'*iodure de potassium*. Ses expériences, commencées en 1832, furent publiées en 1836. Cette publication produisit une immense sensation. Un grand nombre d'expérimentateurs, parmi lesquels Ricord, Trousseau, Robert Williams, Gauthier (de Lyon), vérifièrent les résultats annoncés. Ce spécifique, qui s'adresse surtout aux accidents avancés de la syphilis, est d'un effet aussi sûr que le mercure et a rendu d'immenses services à la thérapeutique.

Traitement des accidents secondaires. — Le *mercure* est le véritable spécifique contre les accidents secondaires. Il suffit, dans la plupart des cas, pour arrêter ou retarder les accidents imminents, et souvent amène une guérison complète, c'est-à-dire s'oppose à la venue des accidents ultérieurs.

L'action physiologique du mercure est complexe : localement il produit une légère irritation des tissus ; à l'intérieur, il semble agir sur la plasticité du sang et rendre le caillot diffluent ; il prédispose aux hémorrhagies, amène une salivation abondante, une stomatite avec gonflement excessif des gencives, des troubles gastriques, une faiblesse et une aménie qui peuvent entraîner la mort. Ce tableau, à coup sûr, est chargé de couleurs sombres ; mais l'*hydrargyrie* est rarement portée à ce point.

La *stomatite mercurielle* mérite d'être signalée ; c'est un accident fréquemment causé par le mercure. Il y a d'abord goût métallique, puis salivation, haleine fétide, puis tuméfaction douloureuse de la muqueuse buccale, avec dénudation et ébranlement des dents, ulcérations gangréneuses, engorgement douloureux des ganglions lymphatiques cervicaux. Poussée à ce degré, la stomatite mercurielle est un accident des plus graves. Dès les premiers symptômes, il faut arrêter l'usage du mercure et instituer un traitement actif.

(1) A. J. L. Jourdan, *Traité complet de la maladie vénérienne*. Paris, 1826.

(2) Desruelles, *Mémoire sur le traitement sans mercure employé à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce*. Paris 1827.— *Traité pratique des maladies vénériennes, comprenant l'examen des théories et des méthodes de traitement qui ont été employées dans ces maladies et principalement la méthode employée au Val-de-Grâce*. Paris, 1836.

(3) Richond des Brus, *De la non-existence du virus vénérien, prouvée par le raisonnement, l'observation et l'expérience ; avec un traité théorique et pratique des maux vénériens*. Paris, 1829.

(4) J. C. G. Fricke, *Annalen der chirurgischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses in Hamburg*. Hamburg, 1828, Band I.

(5) C. A. F. Kluge. *C. H. Dzondi's Heilart der Lust seuche, geprüft und beurtheilt*. Berlin, 1828.

Ricord recommande un collutoire avec :

Fleur de soufre.	4 gram.	Miel.	30 gram.

Pour tisane, limonade citrique.

Toucher les ulcérations avec un pinceau imbibé d'acide chlorhydrique fumant.

Gargarisme avec :

Eau de laitue.	150 gram.	Acide chlorhydrique.	20 gouttes.
Miel rosat.	50 gram.		

On peut employer les gargarismes avec l'alun, le borax et autres astringents. Le chlorate de potasse est un excellent remède dans les stomatites en général, et en particulier dans la stomatite mercurielle. On l'emploie à l'intérieur dans une potion gommeuse, à la dose de 4 ou 5 grammes. Les injections d'eau acidulée avec le jus de citron, les oranges, les boissons acides, sont recommandées en pareil cas.

Effet thérapeutique du mercure. — Il est inutile de disserter sur le mode d'action intime du mercure vis-à-vis de l'organisme.

Les théories chimiques et physiologiques émises jusqu'ici sont vaines. En disant qu'il y a antagonisme entre la syphilis et le mercure, on se contente d'un mot. Le mode d'administration du mercure, la durée de son action, et le temps pendant lequel il convient d'en user sont les points importants à connaître.

Le mercure peut être administré en frictions, en bains, en fumigations, ou pris à l'intérieur. C'est cette dernière méthode qui est la meilleure. La peau absorbe peu, et ce mode d'absorption semble favoriser la salivation, qu'il faut éviter. C'est donc à l'intérieur surtout qu'il faut administrer le mercure. Voici les règles tracées par Ricord pour l'administration du mercure :

1° L'administrer à l'intérieur toutes les fois que l'état des voies digestives le permet.

2° Dans les cas contraires, l'appliquer sur la peau.

3° Chez les sujets dont les muqueuses s'irritent trop tôt et dont la peau, également irritable, ne permet pas de conduire le traitement à terme, il faut savoir alterner à propos.

4° Il est des malades inaccessibles par la peau et les muqueuses digestives, et chez lesquels on peut encore tirer parti de l'inspiration des vapeurs mercurielles.

5° Les effets sensibles du mercure comme agent morbide ou comme agent curatif se font rarement attendre plus de huit jours ; aussi, tant qu'aucun accident ne vous arrête et qu'on n'a obtenu aucun changement favorable dans la maladie, la dose journalière du médicament doit être augmentée tous les huit jours.

6° Dès qu'on obtient une amélioration, il faut s'arrêter à la dose qui l'a amenée, et n'augmenter qu'autant qu'on arrive à un *statu quo*.

7° Si le mercure produit des accidents, il en faut modifier l'emploi ou le suspendre complétement, l'observation ayant rigoureusement appris, à part quelques rares exceptions, que si les symptômes syphilitiques n'étaient pas toujours aggravés dans ces cas, la guérison au moins était presque constamment enrayée.

8° Lorsque les accidents mercuriels ont cédé et que les symptômes syphilitiques persistent on reprend l'usage du mercure avec les modifications exigées par la nature particulière des accidents relatifs, soit à la surface sur laquelle avait été

appliqué le médicament, soit à la forme sous laquelle il avait été donné, soit encore à sa dose.

9° Les mêmes inconvénients ne se produisent pas toujours en reprenant le remède après l'avoir sagement suspendu, ou simplement modifié. Il arrive cependant, comme l'a fait observer Hunter, qu'on est souvent obligé de suspendre et de reprendre le mercure plusieurs fois dans le cours de certaines affections syphilitiques.

Usage externe du mercure.—Frictions. — On peut employer l'onguent napolitain à la dose de 4 à 10 grammes par jour; on emploie également la pommade suivante :

Calomel	5 gram.	Axonge	5 gram.

Ces frictions sont faites sur la face interne des bras ou des cuisses; on ne les fera pas tous les jours, et l'on changera le siége des frictions pour éviter l'irritation de la peau.

Bains. — Ces bains seront donnés surtout dans le cas d'éruption tenace. Ils n'ont pas une efficacité très-grande. On les compose en ajoutant à l'eau du bain 10 ou 15 grammes (cette dose peut être portée au double et même au delà) de bichlorure de mercure dissous dans l'alcool ou dans l'éther.

Fumigations. — Le cinabre (sulfure de mercure) est le plus souvent employé à la dose de 8 à 12 grammes. Ces fumigations ne doivent pas se prolonger au delà d'un quart d'heure et n'être pas répétées plus de deux ou trois fois par semaine. Jusqu'ici, ce mode d'administration du mercure n'a pas été étudié suffisamment dans ses effets; peut-être cette méthode thérapeutique, applicable à un grand nombre de médicaments, est-elle destinée dans l'avenir à prendre faveur.

Voies digestives. — La liqueur de Van Swieten est depuis longtemps employée avec succès.

Formule de Mialhe.

Eau distillée	500 gram.	Sel marin	aa 1 gram.
		Chlorhydrate d'ammoniaque	aa 1 gram.
Blanc d'œuf	n° 1.	Bichlorure de mercure	30 centigr.

A prendre trois cuillerées à bouche par jour.

La formule suivante offre des avantages, surtout chez les personnes qui ont les voies digestives délicates :

Sirop de Larrey.

Sirop de cuisinier	500 gram.	Chlorhydrate d'ammoniaque	aa 30 centigr.
		Bichlorure de mercure	aa 30 centigr.
		Extrait thébaïque	aa 30 centigr.

A prendre de une à six cuillerées par jour.

Les pilules mercurielles sont un des modes les plus usités et les plus faciles à administrer.

Formule de Ricord.

Protochlorure d'hydrargyre... } aa	3 gram.	Extrait thébaïque.................	1 gram.
Thridace.................. }		Extrait de ciguë ou conserve de roses.	6 gram.

M. F. s. a. 60 pilules.

On donne d'abord une pilule, puis, au bout de quelques jours, deux, et l'on ne dépasse pas le chiffre trois.

Pilules de Dupuytren.

Sublimé corrosif............	40 centigr.	Extrait d'opium.............	50 centigr.
		Extrait de gaïac...........	60 centigr.

Faites 40 pilules, à prendre jusqu'à trois par jour.

Formule d'Alphée Cazenave.

℥ Protoiodure de mercure.	50 centigram.	Thridace	1gr,50

Pour 20 pilules. On en prend de deux à quatre en vingt-quatre heures.

On peut administrer aussi les pilules de Sédillot, de deux à quatre par jour; elles contiennent : onguent mercuriel et savon médicinal, parties égales. — Les Anglais emploient de même les *pilules bleues.*

Diverses préparations pharmaceutiques contenant des mercuriaux ont été vantées, mais ces remèdes ne doivent point être employés avec la même confiance que les formules du Codex.

Comme adjuvants du traitement spécifique, il faut employer les amers, les ferrugineux et ordonner un régime tonique.

Traitement par l'or.—Chrestien (de Montpellier) a vanté les préparations aurifères (1). Le chlorure et le cyanure d'or à la dose de 2 à 5 milligrammes ont été employés; mais cette médication n'a pas justifié le succès que l'on en espérait.

L'*acide arsénieux* et l'*arsénite de potasse* (liqueur de Fowler) ont été aussi employés dans le traitement de la syphilis. Il est difficile de se prononcer sur les résultats obtenus par cette médication.

Traitement local des accidents secondaires. — Nous avons dit plus haut comment on traitait le chancre. Divers traitements seraient appliqués aux accidents secondaires à la peau et aux muqueuses, suivant la constitution du sujet. En général, on peut, avec avantage traiter de la façon suivante les éruptions papuleuses et tuberculeuses de la peau.

Pommade.

℥ Protoiodure de mercure......	4 gram.	Axonge..................	50 gram.

Pommade au goudron.

℥ Goudron purifié............	4 gram.	Axonge..................	30 gram.

(1) J. A. Chrestien, *Recherches et observations sur les effets des préparations d'or dans le traitement de plusieurs maladies syphilitiques.* Paris, 1822.

Melchior Robert recommande, pour le traitement des papules muqueuses, la formule suivante :

℞ Liqueur de Labarraque.....	50 gram.	Eau......................	150 gram.

Faites dissoudre.

On fera sur les plaques muqueuses deux lotions par jour, puis on saupoudrera les parties de calomel (1).

Traitement des accidents tertiaires. — Le mercure est le spécifique des accidents secondaires; l'iodure de potassium remplit le même office par rapport aux accidents tertiaires. Le plus souvent, la syphilis résiste à l'action du mercure; cependant il convient, dans quelques cas, d'associer le mercure à l'iodure de potassium et d'employer une médication mixte qui offre de grands avantages.

Action physiologique de l'iodure de potassium. — L'iodure de potassium agit sur la *peau* lorsqu'il est administré à l'intérieur. Il produit une éruption acniforme, constituée par des boutons acuminés, entourés d'une auréole rouge; ces boutons siégent sur tout le corps, surtout aux fesses; on les voit aussi apparaître sur le tronc et sur le visage. Quelquefois l'éruption est semblable à l'érythème, ou à l'eczéma, à l'urticaire.

Les *muqueuses* peuvent être influencées par l'iodure de potassium; il survient quelquefois du coryza, du gonflement des paupières et de la conjonctivite.

Administré à petites doses, l'iodure de potassium surexcite les fonctions digestives et augmente l'appétit, et produit une légère chaleur à la peau. A des doses élevées, il amène de la dyspepsie et des coliques avec diarrhée, du ptyalisme. L'iodure de potassium trop longtemps administré peut entraîner les accidents connus sous le nom d'*iodisme* (Rilliet) (2).

Mode d'administration. — L'iodure de potassium est administré, surtout à l'intérieur, à des doses assez fortes; généralement on débute par 1 gramme; on ne doit guère dépasser la dose de 10 à 12 grammes en vingt-quatre heures; encore est-il rare qu'on atteigne cette dose. Le plus souvent c'est en dissolution, dans des sirops, en capsules, qu'on administre l'iodure de potassium. Associé à des sirops toniques, tels que le sirop de Cuisinier, de salsepareille, de quassia amara, de saponaire, il est plus facilement supporté. On peut l'associer aussi aux sirops opiacés.

Formule.

℞ Sirop de salsepareille....	500 gram.	Iodure de potassium......	20 à 30 gram.

De une à quatre cuillerées par jour.

Ce traitement peut être continué pendant deux ou trois mois sans danger. On s'arrêtera lorsque se manifesteront des troubles digestifs, ou s'il survient un malaise général avec affaiblissement.

(1) Melchior Robert, *Nouveau traité des maladies vénériennes*, d'après les documents puisés dans la clinique de Ricord et dans les services hospitaliers de Marseille. Paris, 1861, p. 731.

(2) F. Rilliet, *Mémoire sur l'iodisme constitutionnel*, présenté à l'Académie de médecine, le 11 janvier 1859, publié dans la *Gazette hebdomadaire de médecine*, 1860. — Consultez le rapport de Trousseau (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXV, 1860).

Dans ce cas, on aura recours à une médication excitante et tonique et à un régime reconstituant.

Rarement on emploie *localement* l'iodure de potassium ; cependant on peut, dans le cas d'accidents, tels que plaies, ulcérations, se servir, pour pansement, de la solution suivante :

℞ Teinture d'iode	2 à 6 gouttes.	Iodure de potassium	q. s.
Eau distillée	200 gram.		

Médication mixte. —S'il y a à la fois des accidents secondaires et des accidents tertiaires, ou si l'on est dans le doute, ce qui arrive quelquefois, enfin, si la médication mercurielle seule ou la médication iodée ne donnent pas le succès attendu, on mélange les deux remèdes.

℞ Iode cristallisé	1 gram.	Iodure de potassium	20 gram.
Biiodure de mercure	50 centigram.	Sirop d'œillet rouge	500 gram.

Faites un sirop composé.

Commencer par une cuillerée par jour.

La formule suivante est plus simple :

℞ Biiodure de mercure	50 centigram.	Sirop de sucre	500 gram.
Iodure de potassium	50 centigram.		

A prendre trois ou quatre cuillerées par jour.

Traitement de la syphilis des nouveau-nés. — Le traitement de la syphilis des enfants nouveau-nés comprend différentes indications : 1° le mode d'alimentation ; 2° le traitement indirect ou médiat ; 3° le traitement direct.

Lorsqu'il y a soupçon de syphilis chez le nouveau-né, l'honnêteté veut qu'on ne le confie pas à une nourrice étrangère. C'est à tort que quelques médecins ont cru pouvoir parer à tous les accidents et accorder la morale avec l'intérêt de leurs clients, en soumettant, dans des cas pareils, la nourrice à un traitement mercuriel ou autre, soit qu'elle fût prévenue, soit, ce qui est plus grave, sans la prévenir. Cette manière d'agir est tout à fait répréhensible, et les tribunaux en ont jugé ainsi dans plusieurs cas. On ne saurait, en effet, faire courir de pareils risques à une nourrice ignorante, qui peut, malgré le traitement, devenir victime de son imprudence ou de celle des parents de l'enfant.

C'est à la mère, en pareille circonstance, qu'incombent la charge et les dangers de l'allaitement. Toutes les précautions conseillées pour soustraire la nourrice au contact infectant de l'enfant sont insuffisantes ; l'usage de corps gras appliqués sur les mamelons, le biberon, ne la préserveraient pas suffisamment. Il en est de même des cautérisations pratiquées sur la bouche du nourrisson, ce sont là des précautions tout à fait précaires.

Si la nourrice a été elle-même infectée, soit antérieurement à cet allaitement, soit par le fait de ce nourrisson, les conditions sont différentes, et l'on peut à la fois traiter la nourrice et le nourrisson, et les laisser sans danger au contact l'un de l'autre. On traitera de même la mère et l'enfant, si la mère peut allaiter. Dans le

cas contraire, on aura recours à l'allaitement artificiel, soit par une chèvre ou une vache, soit à l'aide du biberon ou du petit pot. On a conseillé, dans le cas où l'enfant serait nourri par une chèvre ou une vache, de traiter cet animal par les préparations mercurielles, et de donner ainsi à l'enfant le traitement par l'intermédiaire du lait qu'il tette. Des essais tentés par Labourdette pour obtenir du lait de vache légèrement mercurialisé ont donné des résultats positifs; mais les animaux sont bientôt fatigués par ce traitement, qui peut tarir la source du lait.

Le *traitement indirect* ou *médiat* par la mère ou la nourrice consiste à administrer à celle-ci le protoiodure ou le sublimé aux doses ordinairement employées pour les adultes; mais il faut agir avec précaution de peur de fatiguer la nourrice et de supprimer la lactation.

On doit s'arrêter dès qu'apparaissent, soit la salivation, soit les troubles digestifs. D'ailleurs, la quantité de mercure qui peut être transmise, par cette voie indirecte, au lait qu'absorbe l'enfant, est extrêmement faible. Il y a des cas où ce passage même n'a pas lieu, ainsi que l'a démontré Personne.

Il ne faut donc pas se contenter du traitement indirect, et il convient de soumettre l'enfant lui-même à un traitement direct.

Le *traitement direct* est *externe* ou *interne*. Le traitement interne prête à certaines objections; l'intolérance, les troubles digestifs provoqués par le mercure, le danger de provoquer des désordres qui mettent obstacle à l'alimentation de l'enfant, sont des raisons qu'il faut prendre en considération.

La plupart des syphilographes donnent la préférence au traitement externe sur le traitement interne. Brodie, Cullerier, se sont déclarés pour cette méthode. On fera donc des applications d'onguent mercuriel simple ou double sous les aisselles et sur les parties latérales du thorax; ces frictions seront faites tous les jours; on aura soin de laver ensuite ces parties avec de l'eau savonneuse.

Les *bains* médicamenteux seront aussi employés fréquemment, tous les trois jours, par exemple. On emploiera 3 ou 4 grammes de sublimé pour 60 litres d'eau. Ce traitement conviendra surtout dans les cas d'éruption cutanée, lesquels sont, à la vérité, les plus fréquents.

Le *traitement interne* consistera dans l'administration de doses faibles de mercuriaux. On se servira surtout du sublimé, à la dose de 4, 5 et même 8 ou 10 milligrammes en vingt-quatre heures. N. Guillot a donné la formule suivante :

℞ Solution de gomme........	100 gram.	Protoiodure de mercure.......	25 milligr.
Sirop....................	15 gram.		

On donnera, s'il y a lieu, c'est-à-dire dans le cas de persistance des accidents, des préparations iodées en même temps que les mercuriaux. L'iodure de potassium sera administré dans du lait, en commençant par des doses faibles, 5 centigrammes, en augmentant progressivement la dose. Langlebert propose des inhalations d'iode et fait placer quelques grammes d'iode dans la chambre où couche l'enfant, afin qu'il en respire les vapeurs (1).

Le traitement doit être continué tant qu'il y a des manifestations syphilitiques,

(1) Langlebert, *Traité théorique et pratique des maladies vénériennes, ou leçons cliniques sur les affections blennorrhagiques, le chancre et la syphilis.*

si l'organisme ne paraît pas être en souffrance par suite des remèdes. Diday s'exprime ainsi à cet égard : « Évitez l'irritation gastro-intestinale ; mais attendez, au contraire, qu'un certain degré d'agacement aux gencives, l'odeur mercurielle aux gencives, se manifestent. Lorsqu'il y a danger de mort, ce précieux critérium peut seul indiquer à quel point il convient de porter l'administration du remède. Il faut donc aller jusque-là, car au-dessous, on risquerait de laisser empirer les désordres (1). »

Syphilisation ou vaccination syphilitique. — On ne peut omettre cette méthode de traitement de la syphilis malgré la répugnance qu'elle a rencontrée, dès le début, dans ce pays. Auzias-Turenne (2) a le premier formulé les préceptes de cette méthode dans une communication à l'Académie des sciences en 1850. Sperino (3) s'empressa de l'appliquer dans le syphilocome de Turin, et obtint des résultats importants qui furent communiqués à l'Académie de Piémont en 1851. Depuis, Bœck (de Christiania) a appliqué cette méthode aux enfants nouveau-nés principalement, avec l'assentiment du gouvernement suédois. Cette doctrine n'est donc pas restée à l'état de tendance platonique ; elle s'est réalisée dans les faits et a pris une place assez importante dans la pratique, pour mériter d'être citée et expliquée dans les traités classiques de médecine. Diday avait tenté des essais dans ce sens ; il avait essayé d'inoculer des accidents tertiaires à des malades atteints d'accident primitif ; le but était de faire marcher la syphilis plus vite, de lui faire franchir le long espace des accidents secondaires, de lui faire parcourir son cycle entier en quelques mois. Rendre l'homme impuissant à contracter la syphilis, le *vacciner* contre la syphilis, serait en effet un bienfait inappréciable. Est-ce possible ? Cette pratique est-elle ce qu'elle croit être, est-elle sans danger ? Telles sont les questions à résoudre.

Auzias expérimenta d'abord sur les animaux, chien, chèvre, singe, et vit qu'ils étaient susceptibles de contracter un chancre vénérien dont la matière était recueillie sur l'homme, et qu'au bout d'un certain nombre d'inoculations, le pus virulent restait sans effet. Ces premières expériences datent de 1844.

Hunter avait tenté sans succès les inoculations sur les animaux, quoiqu'il eût essayé de divers procédés opératoires. Ricord avait, sans plus de succès, tenté la même entreprise ; c'est en vain qu'il avait inséré du pus de chancre sur des lapins, des chats, des cochons d'Inde. Cullerier éprouva la même déception. Auzias Turenne, plus convaincu et plus patient, réussit là où tout le monde avait échoué ! Il démontra publiquement la possibilité de transmettre le chancre aux animaux : deux singes ainsi inoculés furent mis sous les yeux de l'Académie ; ces animaux présentaient de véritables chancres. Un pas de plus fut fait par Robert de Wells, lequel s'inocula à lui-même (1850) du pus chancreux d'un animal (singe et chat). Il obtint sur lui-même quatre chancres bien caractérisés qu'il dut détruire ensuite par la cautérisation. En 1851, Diday s'inocula de la même façon, en prenant le pus d'un chancre qu'il avait fait développer sur l'oreille d'un chat. Il résulta de cette ino-

(1) P. Diday, *Traité de la syphilis des nouveau-nés et des enfants à la mamelle*. Paris, 1854, p. 414.

(2) Auzias Turenne, *De la syphilisation* (*Archives de médecine*, 1851).

(3) Sperino, *La syphilisation*. Paris, 1853.

culation un chancre qui prit le caractère phagédénique et un bubon qui suppura.

Basset, depuis (1860), a repris et multiplié ces essais de transmission du chancre, de l'homme aux animaux.

Est-ce la syphilis ou est-ce un chancre simple qui est transmis aux animaux? Auzias Turenne crut que c'était la syphilis elle-même, il s'exprimait ainsi (1) : «Quand on communique à un animal des chancres successifs par inoculation, quelle que soit la distance qu'on mette dans leur succession, ou de quelque manière qu'on les combine, le premier chancre se manifeste plus vite, devient plus large, fournit plus de pus, s'accompagne d'une inflammation plus grande, et enfin dure plus que le deuxième. Celui-ci est au troisième ce que le premier est au deuxième, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'animal ne puisse plus en contracter aucun. Cet animal se trouve ainsi vacciné contre la syphilis. Je désigne cet état par le mot syphilisation. » Auzias Turenne, dans différents mémoires (2), multipliait les exemples et formulait les lois de la nouvelle méthode. Le livre de Sperino contient un résumé de tous ces travaux, et une série de propositions très-nombreuses contenant les principes ou les lois de la syphilisation (3). Cet état y est défini ainsi : « Les *chancres* sont les analogues des *pustules vaccinales* ou des *pustules varioliques*. La *syphilisation* correspond à l'état général dans lequel nous sommes après une éruption vaccinale ou une éruption variolique. La syphilisation est le plus haut degré de l'état constitutionnel. » Parmi ces propositions nous citons les plus saillantes :

« Le virus syphilitique est le meilleur remède contre l'action du virus syphilitique.

» On devrait syphiliser : 1° tous ceux qui ont la syphilis, n'importe sous quelle forme; 2° toutes les filles publiques; 3° tous les militaires et tous les marins; 4° tous ceux qui passent leur vie en commun et en grand nombre (prisons, bagnes, manufactures) ; 5° enfin, tous ceux qui peuvent être exposés à la contagion.

» On pourrait éteindre, dans le monde, la syphilis par une syphilisation universelle. »

On voit que l'auteur rêvait une vaste entreprise philanthropique ayant pour objet l'extinction de la *vérole*, comme celle qui, sous le nom de *vaccination*, répand ses bienfaits sur le monde en le préservant de la *variole*. Cette doctrine souleva de violentes contradictions; l'Académie de médecine, saisie de la question, donna un grand retentissement à ces faits nouveaux, et de nombreux orateurs se déclarèrent contre cette pratique (4). Bégin s'exprimait ainsi : « Pour se prémunir contre une maladie qu'il est possible d'éviter et que l'on guérit sûrement dans l'immense majorité des cas, commencer par se la donner à soi-même avec des circonstances aggravantes et avec tous les dangers qu'elle comporte, ou pour la guérir

(1) Auzias Turenne, *Lettre à l'Académie des sciences*, 18 novembre, reproduite dans : *De la syphilisation et de la syphilis constitutionnelle*. Paris, 1853, p. 3.

(2) Auzias Turenne, *Archives générales de médecine*, juin et août 1851, t. XXVI, p. 174, et *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 17 novembre 1851, communication reproduite dans le volume : *De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires*. Paris, 1853.

(3) Sperino, *La syphilisation, étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique des maladies vénériennes*, traduit de l'italien par A. Trésal. Turin.

(4) Bégin, *De la syphilisation et de la contagion des accidents secondaires de la syphilis*, extrait du *Bulletin de l'Académie*, Paris, 1853, communications à l'Académie de médecine, par Ricord, Bégin, Malgaigne, Velpeau, Depaul, Gibert, Lagneau, Larrey, Michel Lévy, Gerdy, Roux.

en multiplier d'abord les accidents, se saturer d'un virus pour mieux l'éteindre, c'est ce que ni la raison ni la science ne sauraient admettre. » Ricord combattit les propositions d'Auzias Turenne, au nom des principes mêmes de la syphilographie, et déclara la nouvelle méthode inefficace et dangereuse. Cullerier, dans un rapport sur l'ouvrage de Sperino, n'était pas moins absolu dans le jugement qu'il portait sur la nouvelle doctrine (1858), laquelle était, suivant lui, inutile, dangereuse et immorale.

Sperino a pratiqué plus qu'Auzias lui-même, la syphilisation ; en deux années, il a syphilisé quatre-vingt-seize personnes. Il a multiplié les inoculations sur le même individu ; sur un seul patient, en une seule séance, il a fait quatre-vingts inoculations.

Les inoculateurs ont pris pour type le chancre *mou*, lequel est inoculable à l'infini, inoculable au porteur, et non le chancre *induré*, lequel ne s'inocule qu'une fois au même individu et ne s'inocule pas au porteur ni au sujet syphilitique, quel que soit le degré de sa maladie. Ainsi, prendre du pus de chancre mou (lequel ne donne pas la vérole et n'est qu'un accident local) et le transporter sur un homme soit sain, soit malade, et multiplier à l'infini chez lui cet accident local qui n'a rien de la syphilis, telle est la doctrine, telle est l'erreur plutôt des syphilisateurs. En ce cas pourquoi ne pas appliquer de simples vésicatoires, comme l'a dit fort à propos Cullerier ? Un chancre mou ou vésicatoire c'est une plaie simple, si, au contraire, on inoculait un chancre induré, on inoculerait la syphilis elle-même et rien que la syphilis, et l'on ne pourrait pas multiplier ce chancre induré. Ainsi l'on aurait donné simplement la syphilis à un homme qui ne l'avait pas, car à un syphilitique on ne peut inoculer le chancre induré. Une fois l'homme atteint de syphilis on ne peut plus que le piquer et le couvrir de plaies ulcéreuses simples, de chancres mous, qui n'ayant rien de commun avec la syphilis, n'influent aucunement sur la marche de cette maladie. On peut se convaincre qu'il s'agit de chancres mous et non d'autre chose, par ce passage du livre de Sperino : « Le troisième jour après l'inoculation, la pustule est ordinairement bien caractérisée... ; vers le quatrième ou le cinquième jour, les pustules s'ouvrent et le pus s'écoule ; il se forme une croûte qui recouvre le chancre... (1). » C'est bien là la description du chancre mou *non syphilitique ;* le chancre syphylitique débute après *vingt jours* au moins en moyenne, par une papule. La plus éclatante démonstration de ce fait a été donnée par des expérimentateurs qui ont opéré sur eux-mêmes. Lindmann s'est inoculé deux mille deux cents chancres simples. Or, après douze inoculations suivies de douze chancres simples, cet expérimentateur s'étant inoculé du pus de chancre syphilitique, a eu un chancre induré le douzième jour ; quarante-cinq jours après vinrent les accidents secondaires à la peau. A la suite, il a exécuté sur lui-même le nombre prodigieux d'inoculations que nous avons rapporté. Warnery, de Lausanne (2), Danielsen, ont fourni des exemples identiques de l'inutilité des inoculations de chancres mous, par rapport à la syphilis. Un autre enseignement ressort de ces expériences, c'est

(1) Sperino, *La syphilisation étudiée comme méthode curative et comme moyen prophylactique des maladies vénériennes*, traduit de l'italien par A. Trésal. Turin, 1853.

(2) Lasègue, *De la contagion de la syphilis secondaire* (*Archives de médecine*, 1858, t. I, ou 5ᵉ série, t. XI).

que l'organisme n'est jamais saturé par le chancre simple, puisque deux mille chancres peuvent être suivis d'un nombre indéfini de pareilles ulcérations, sans profit, et même avec la perspective de quelque grave accident causé par ces opérations. Le phagédénisme, l'érysipèle, et les suites de ces complications sont à redouter. L'immunité existât-elle après un nombre déterminé d'inoculations, que cette pratique n'en resterait pas moins inutile ; mais cette immunité est tout à fait contestable. Le docteur Laval, qui était réputé syphilisé, a été soumis par Ricord à de nouvelles inoculations qui ont réussi. Le chancre induré seul donne cette immunité parce que la syphilis en résulte, et parce que ce chancre lui-même est l'indice de la saturation de l'organisme par ce principe spécifique.

De Bœk (de Christiania) pratique la syphilisation sur les jeunes enfants atteints de syphilis congénitale ou acquise, et s'applaudit de cette pratique.

Le professeur Sigmud (de Vienne), après avoir pratiqué la syphilisation sur un grand nombre de sujets, est arrivé à conclure que cette méthode n'a aucune efficacité réelle.

Peut-être l'avenir réserve-t-il à l'expérimentation entreprise sur les animaux et sur l'homme des succès qui n'ont point été réalisés jusqu'ici. Il est prudent, en attendant de nouveaux faits, de ne pas se fier à une méthode dangereuse pour le patient et compromettante pour le médecin.

Formulaire et indications thérapeutiques. — Nous nous bornerons à indiquer, d'après Melchior Robert, sans en donner la formule, les *tisanes* que l'on a de tout temps employées dans le traitement de syphilis :

Tisane de gentiane.
— de houblon.
— de quassia amara.
— sudorifique.
— de Felz.
— de Zittmann, n° 1.
— *idem*. n° 2.
— de Pollini.
— d'Arnoud.
— de Vigaroux.
— de salsepareille simple.

De toutes ces boissons, les plus usitées aujourd'hui sont la douce-amère, le houblon, la gentiane et la salsepareille, mais nous ne les conseillons qu'à titre d'adjuvants.

Sirops.

Sirop.

Sirop de gentiane.........	500 grammes.	Iodure de fer...........	de 4 à 8 grammes.

Trois cuillerées à bouche par jour.

(Syphilis compliquée de lymphatisme et blennorrhée ancienne.)

Sirop sudorifique. (Ricord.)

Salsepareille hachée.....	200 grammes.	Gaïac râpé................	200 grammes.
Eau commune...........	2000 grammes.		

Macération pendant vingt-quatre heures; réduire à moitié sur un feu doux, passer avec expression, ajouter :

Sucre blanc.. 1000 grammes.

50 à 100 grammes par jour dans les tisanes.

On peut ajouter à ce sirop les préparations ferrugineuses, mercurielles ou iodurées à des doses convenables.

Sirops de Portal, de Larrey, de Cuisinier, de Bouchardat.

Sirop antistrumeux. (Puche.)

Iode cristallisé..............	1 gram.	Iodure de potassium.......	20 gram.
Tannin du Codex............	10 gram.	Sirop de gentiane........	469 gram.

Deux à trois cuillerées à bouche par jour.

Sirop d'iodhydrargyrate de potassium.

Biiodure de mercure........	15 centigr.	Iodure de potassium.......	10 gram.
Sirop de gomme...........	500 gram.		

Deux cuillerées à bouche par jour dans les accidents de transition.

Sirop d'iodure de potasse ferrugineux. (Puche.)

Iodure de potassium.........	10 gram.	Eau de cannelle..........	20 gram.
Tartrate ferrico-potassique.....	10 gram.	Sirop de sucre...........	480 gram.

De 25 à 100 grammes dans un demi-litre d'eau froide : en trois fois dans la journée.

Sirop ioduré. (Ricord.)

Sirop de salsepareille.........	500 gram.	Iodure de potassium......	16 gram.

De trois à six cuillerées à bouche par jour.

(Accidents tertiaires de la syphilis; période prodromique des accidents secondaires.)

Sirop d'iodure d'ammonium.

Iodure d'ammonium.......	25 centigr.	Sirop de gomme..........	100 gram.

Employé par Gamberini et Galligo comme succédané de l'iodure de potassium.

Potion au chlorate de potasse.

Eau distillée................	150 gram.	Chlorate de potasse.......	4 à 6 gram.
Sirop de limons.............	50 gram.		

(Stomatite mercurielle.)

Pilules de protoiodure de mercure. (Ricord.)

Protoiodure de mercure } aa....	3 gram.	Extrait thébaïque..............	1 gram.
Thridace........... }		Extrait de ciguë..............	6 gram.

F. s. a. 60 pilules. De une à trois par jour.

On remplace quelquefois l'extrait de ciguë par 6 grammes de conserve de roses.
Ces pilules doivent être administrées pendant la période secondaire de la syphilis.

Pilules de Dupuytren.

Sublimé corrosif	40 centigr.	Extrait de gaïac	6 gram.
Extrait d'opium	50 centigr.		

F. 40 pilules. De une à trois par jour.

Pilules de deutoiodure de mercure. (Magendie.)

Deutoiodure de mercure	5 centigr.	Poudre de réglisse	q. s.
Extrait de genièvre	50 centigr.		

F. 8 pilules. Deux le matin et deux le soir, puis quatre le matin et quatre le soir.

Pilules d'iodure de potassium.

Iodure de potassium	parties égales.	Extrait de noyer	parties égales.

F. des pilules de 20 centigrammes. De cinq à douze par jour.

Pilules de stannate d'or. (Puche.)

Stannate d'or	50 centigr.	Gomme arabique	1 gram.
Amidon	5 gram.	Eau distillée	q. s.

F. 50 pilules. De deux à quatre par jour.

Pilules de chlorure d'or. (Chrestien.)

Chlorure d'or et de sodium	25 centigr.	Mucilage de gomme adragant	q. s.
Sucre	30 gram.		

F. 60 pilules. Deux par jour.

Pilules d'amalgame d'or et de mercure.

Amalgame d'or et de mercure	60 centigr.	Conserve de roses	30 centigr.
Thridace	20 centigr.	Poudre de réglisse ou de gomme	q. s.

F. 10 pilules. Une, deux, trois par jour.

Chaque pilule contient 6 centigrammes d'amalgame, et l'amalgame est composé de 5 centigrammes de mercure et de 1 centigramme d'or.

Ces pilules ont été administrées par Ricord avec beaucoup de succès et à très-haute dose, sans provoquer la salivation. La formule différait; mais la dose de l'amalgame était la même dans chaque pilule.

Solutions.

Liqueur de Van Swieten.

Bichlorure de mercure	1 gram.	Alcool	100 gram.
Eau pure	900 gram.		

Dissoudre d'abord le bichlorure dans l'alcool et ajouter ensuite l'eau distillée. Une cuillerée à bouche dans la tisane.

Liqueur mercurielle normale. (Mialhe.)

Eau distillée.. 500 gram.
Sel marin. } aa....... 1 gram. | Blanc d'œuf................ n° 1.
Sel ammoniac. } | Sublimé corrosif............ 30 centigr.

Battre le blanc d'œuf dans l'eau distillée, filtrer, faire dissoudre ensuite les trois composés salins dans l'eau albumineuse et filtrer de nouveau.

Deux ou trois cuillerées à bouche par jour dans un verre d'eau sucrée.

Solution d'iodhydrargyrate de potasse. (Puche.)

Biiodure de mercure....... 50 centigr. | Alcoolat de safran........... 20 gram.
Iodure de potassium........ 50 centigr. | Eau distillée................ 279 gram.

De 25 à 100 grammes par jour dans la tisane.

Solution de deutoiodure de mercure. (Lagneau.)

Deuto ou protoiodure de mercure. 1 gram. | Alcool à 36°................ 45 gram.

Dix à vingt gouttes par jour dans l'eau sucrée.

Solution simple d'iodure de potassium.

Eau distillée............... 500 gram. | Iodure de potassium....... 20 gram.

De une à trois cuillerées par jour.

Salsepareille iodurée.

Tisane de salsepareille........ 500 gram. | Iodure de potassium......... 1 gram.

A prendre dans la journée ; augmenter graduellement la dose jusqu'à 3 à 4 grammes et plus, si le cas l'exige.

Pommades. — Nous les employons très-rarement. Celles dont nous usons le plus sont les onguents mercuriels double et simple, dans les cas où nous voulons obtenir la salivation par les frictions, ou lorsque nous voulons agir sur une tumeur ganglionnaire. Nous pansons aussi souvent le chancre induré avec la pommade au calomel. Voici, du reste, celles que l'on emploie le plus fréquemment :

Pommade au calomel.

Calomel à la vapeur......... 1 à 4 gram. | Cérat ou pommade de concombre. 30 gram.

Pour panser le chancre induré et certaines ulcérations secondaires dont la base est dure.

Pommade au protoiodure d'hydrargyre.

Protoiodure d'hydrargyre...... 1 gram. | Axonge.................... 30 gram.

Pommade au turbith minéral. (Ricord.)

Turbith minéral.............. 1 gram. | Axonge.................... 20 gram.

(Syphilides sèches, chroniques.)

Pommade de goudron.

Goudron purifié.............. 4 gram. | Axonge.................... 30 gram.

(Syphilides squameuses.)

Pommade au stéarate de fer. (Braille.)

Stéarate de fer............... 40 gram. | Huile essentielle............ 5 parties.

(Chancres phagédéniques.)

Autre.

Extrait de ratanhia.............	4 gram.	Extrait thébaïque...........	2 à 4 gram.
Camphre......................	1 gram.	Axonge....................	30 gram.

Sparadrap au stéarate de fer.

Savon de Marseille........... 2 parties. | Sulfate de protoxyde de fer..... 1 partie.

(Ulcérations phagédéniques.)

Gargarismes, collutoires. — Nous ne ferons que mentionner les gargarismes émollients à l'eau de pavot, de guimauve, d'orge miellée et de laitue.

Gargarisme opiacé.

Eau de laitue............... 200 gram. | Extrait thébaïque.......... 50 centigr.

(Stomatite douloureuse, ulcérations douloureuses.)

Gargarisme antisyphilitique. (Ricord.)

Décoction de ciguë et de morelle. 250 gram. | Deutochlorure de mercure.... 10 centigr.

(Accidents de la bouche et de la gorge.).

Gargarisme iodé. (Ricord.)

Eau distillée..................	200 gram.	Teinture d'iode.............	2 à 4 gram.
Iodure de potassium..........	50 gram.		

(Accidents tertiaires de la bouche et du gosier.)

Gargarisme astringent.

Eau de laitue...............	200 gram.	Alun.....................	5 à 10 gram.
Miel rosat..................	30 gram.		

Autre.

Eau de laitue............... 200 gram. | Borax.................. 4 a 8 gram.

Gargarisme contre la salivation.

Eau de laitue..............	150 gram.	Acide chlorhydrique.......	15 gouttes.
Miel rosat.................	40 gram.		

Autre gargarisme contre la salivation.

Eau	200 gram.	Chlorate de potasse	6 gram.
Sirop de mûres	60 gram.		

(Stomatite mercurielle et ulcérations secondaires.)

Solutions pour lotions et pansements.

Solution opiacée.

Eau distillée de laitue	200 gram.	Extrait gommeux d'opium	4 gram.

(Chancres gangréneux, paraphimosis.)

Solution de sel ammoniac.

Eau	250 gram.	Hydrochlorate d'ammoniaque	250 gram.

(En application sur les bubons strumeux.)

Solution iodée.

Teinture d'iode	2 à 4 gram.	Iodure de potassium	q. s.
Eau distillée	200 gram.		

(Pour panser les syphilides tertiaires ulcérées.)

Eau alcaline.

Eau	200 gram.	Carbonate de soude	10 gram.

(Plaques muqueuses.)

Lotion chlorurée. (Ricord.)

Liqueur de Labarraque	50 gram.	Eau distillée	150 gram.

(Plaques muqueuses : on saupoudre la partie malade avec le calomel.)

Solution de sublimé.

Eau distillée	200 gram.	Bichlorure de mercure	10 centigr.

(Lotions sur les plaques muqueuses ; effets très-rapides.)

Autre.

Eau distillée	200 gram.	Alcool	q. s.
Bichlorure de mercure	50 centigr.		

(Contre les parasites.)

Solution de nitrate d'argent.

Eau distillée	30 gram.	Nitrate d'argent	50 centigr.

(Pour barbouiller avec un pinceau les parties affectées dans la balanoposthite.)

Autre.

Nitrate d'argent .... 50 centigr.	Eau distillée .... 100 gram.

(Pour panser les chancres mous multiples à leur début.)

Vin aromatique, simple ou opiacé.

(Chancres simples ou phagédéniques.)

Solution de tartrate ferrico-potassique.

Eau distillée .... 200 gram.	Tartrate ferrico-potassique .... 10 gram.

Mêlez.

Deux ou trois cuillerées à bouche par jour, pures ou dans un verre d'eau sucrée. Pansement des chancres phagédéniques.

Solution d'alcoolé de guaco. (Pascal.)

Alcoolé de guaco .... 20 gram.	Eau distillée .... 100 gram.

(Pansement des chancres simples et phagédéniques, lotions abortives, on se sert de l'alcoolé pur avec un pinceau pour pratiquer des cautérisations abortives au début du chancre.)

Bains, fumigations.

Pédiluve mercuriel.

Deutochlorure de mercure .... 1 gram.

Dans un bain de pieds.

(Syphilides des pieds et du bas des jambes.)

Bain de sublimé.

Deutochlorure de mercure .... 10 à 16 gram.

Faites dissoudre dans :

Alcool.. 120 gram.

Versez dans une baignoire de bois.

(Syphilides anciennes invétérées.)

Fumigation de cinabre.

Cinabre.. 8 à 12 gram.

On peut ajouter parties égales de benjoin, de sucre, etc.

Poudres.

Calomel à la vapeur.

Poudre au muriate d'or et de soude. (Chrestien.)

Lycopode ou iris lavé à l'alcool. 15 centigr.	Muriate d'or et de soude...... 5 centigr.

Mêlez.

Divisez d'abord en 15, puis en 14, 13, 12 et même progressivement 8 parties, en commençant par les plus faibles.

On fait une fois par jour des frictions sur la langue et les gencives avec un de ces paquets.

Poudre contre les végétations.

Poudre de sabine	....	aa 4 gram.
Oxyde de fer	....	
Alun calciné	....	

Mêlez.

(Pour saupoudrer les végétations.)

Escharotiques.

Pâte de Vienne.

(Chancres, bubons.)

Acide nitrique monohydraté.

(Chancres simples, phagédéniques, végétations.)

Nitrate acide de mercure.

(Végétations, plaques muqueuses du gosier et de la bouche.)

Acide hydrochlorique.

(Stomatite ulcéreuse mercurielle.)

Pâte carbosulfurique. (Ricord.)

Acide sulfurique............. 6 gram. | Charbon pulvérisé et tamisé..... q. s.

Pour une pâte molle non fluide.

Conservez dans un flacon bouché à l'émeri et dans un endroit sec. Cette pâte attire avec avidité l'humidité de l'atmosphère et s'altère rapidement.

(Chancres mous, simples ou phagédéniques.)

Pâte au chlorure de zinc. (Lyon.)

Chlorure de zinc........... partie égale. | Farine.................. partie égale.

Ajoutez :

Alcool.. q. s.

On étend cette pâte sur des bandes de sparadrap.

(Chrancres et bubons chancreux.)]

ARTICLE VII.

CANCER.

§ I. — Considérations générales.

[Le cancer envisagé au point de vue de la physiologie pathologique, de la pathogénie, et de l'histologie, est une question de pathologie générale à proprement parler. Aussi n'avons-nous consacré que quelques pages à la description de cette maladie. On trouvera développées ailleurs les considérations qui importent le plus au médecin praticien sur le siége, la marche et le traitement du cancer dans les différents organes. Chaque chapitre de nosologie de cet ouvrage contient à cet égard des notions spéciales. Nous n'avons donc traité ici que des caractères généraux e de l'histologie du cancer, en procédant avec la réserve qui convient en présence des transformations que subit en ce moment la science de l'anatomie pathologique.

De toutes les maladies organiques le cancer est la plus redoutée. C'est, suivant la tradition, une espèce de parasite qui s'implante dans les tissus et semble vivre d'une vie indépendante jusqu'au moment où il meurt, entraînant dans sa chute l'organisme qui le supporte. Le mot de *cancer* appelle les idées de diathèse, de récidive, d'incurabilité, de cachexie et de mort. Pour les médecins modernes, le cancer est une affection consistant dans la production d'un tissu anormal, qui fait partie de l'organisme sans remplir aucune fonction, se développe au milieu des tissus normaux, les comprime, les refoule, les atrophie, se substituant à eux. Le cancer se montre sous forme de masses isolées ou tumeurs; il finit quelquefois, d'autres fois débute d'emblée par un ulcère qui n'a point de tendance à guérir; souvent il s'étend en nappe et s'infiltre dans les tissus.

Le développement du cancer est indéfini, très-lent ou très-rapide; les productions cancéreuses peuvent rester stationnaires et vivre pendant plusieurs années presque à l'état latent; elles peuvent, au contraire, acquérir en peu de temps un développement considérable, envahir plusieurs organes, plusieurs régions à la fois, se généraliser. Ce sont ces modes différents qu'il faudrait pouvoir déterminer, et rien ne serait plus utile qu'une bonne classification des cancers.

Le cancer peut se développer dans tous les tissus, dans toutes les régions du corps, mais il a pour ainsi dire des lieux d'élection. Parmi les cancers qui sont du domaine de la chirurgie, les plus communs sont ceux du sein, du col de l'utérus, des lèvres, de la peau, des testicules, du rectum; parmi les cancers internes, les plus communs sont ceux de l'estomac, du foie, des reins, etc. Nous ne tenterons pas une classification des cancers; nous présenterons seulement un examen critiqu de l'état de cette question à notre époque.

Les progrès de la clinique et de l'anatomie normale et pathologique ont montré combien de maladies différentes étaient comprises sous le même nom, et quelle était l'inanité de la plupart des caractères distinctifs sur lesquels on établissait le diagnostic. En ce qui concerne le cancer, on a dû éliminer du cadre de ces maladies un grand nombre de lésions parmi lesquelles les kystes contenant, soit du liquide, soit de la matière sébacée, soit des poils, des fragments d'os ou de dents; les hydatides, qui sont des productions parasitaires constituées par la présence d'un ou de plusieurs individus vivant aux dépens de l'organisme, mais ne faisant pas corps avec lui et susceptibles d'être rejetés sans laisser aucune lésion grave à leur suite; les tumeurs fibreuses, les gourmes et les ulcères de nature syphilitique et scrofuleuse, etc. Dans son *Traité des maladies du sein*, publié en 1854, Velpeau s'exprime ainsi : « Un résultat important a été obtenu; on peut admettre comme démontré dès à présent que, sur quatre cents cas de tumeurs confondues sous le titre de cancer, il y en a près de cent qui ne sont pas cancéreuses, et qu'il est possible maintenant de distinguer au lit du malade. De nouvelles études, les progrès naturels de la science, permettent d'élever encore ce chiffre. Il y a lieu d'espérer que les chirurgiens pourront un jour réduire de beaucoup encore le cercle du véritable cancer. » Nul doute qu'il n'en soit de même en médecine, et que l'avenir ne nous réserve à cet égard des résultats tout aussi importants que ceux auxquels est parvenue la chirurgie. Déjà depuis plusieurs années nous voyons se multiplier sous nos yeux des affections qui ne sont pas en réalité plus fréquentes, mais qui sont plus fréquemment diagnostiquées qu'autrefois, et qui sont sous-

traites au cadre des cancers : tel est l'ulcère simple de l'estomac, qui n'était pas connu il y a quelques années, et qui aujourd'hui occupe une place importante dans la nosologie. Quoi qu'il en soit, il est constant qu'il existe un ordre de maladies organiques dont la tendance à l'accroissement, à la destruction par compression, des tissus voisins, puis à l'ulcération, à la récidive, et généralement l'incurabilité, constituent des caractères suffisants pour que ces maladies soient décrites sous le même nom. Longtemps on a confondu ensemble des espèces anatomiquement et cliniquement différentes, puis est venu l'examen de ces produits morbides à l'aide des moyens perfectionnés et avec la rigueur de critique qui a marqué notre époque. On a cru pouvoir reconnaître ce qui était le cancer et ce qui ne l'était pas, et déterminer les caractères du cancer type. C'était une idée *à priori*. Il est résulté de cet examen une grande confusion dans les idées de ceux qui l'ont entrepris avec l'espoir d'obtenir une solution conforme à leurs prévisions. La transition entre les idées anciennes et les nouvelles est pénible, et les résultats suivants des recherches anatomiques montreront combien il est difficile de relier le passé à l'avenir.

§ II. — Anatomie pathologique.

Qu'est-ce que le cancer anatomiquement ? Cette question n'a été posée que du jour où les études histologiques ont été abordées et poursuivies avec persévérance par les anatomistes, soit dans un but de science pure, soit à l'instigation et sous les auspices des médecins praticiens qui espéraient trouver dans ces recherches un appui pour le diagnostic. C'est en France surtout, et depuis une vingtaine d'années, que ces travaux ont été continués sans interruption. Les résultats de ces travaux attendus avec impatience et exploités trop tôt, ont donné tout d'abord des espérances qui n'ont pu être réalisées aussi vite qu'on le pensait. Il fallait que l'anatomie normale précédât l'anatomie pathologique, que les éléments normaux fussent tous connus et à toutes les périodes de leur développement; il fallait également que la disposition de ces éléments, leur ordre, la contexture des tissus normaux, fussent parfaitement connus, avant que l'étude de l'anatomie pathologique portât ses fruits. Aussi, après avoir usé des ressources précieuses fournies par le microscope, quelques grands praticiens accusant les erreurs, la lenteur, les hésitations des anatomistes micrographes, crurent-ils devoir retirer à ces précieuses études la faveur qu'ils leur avaient à bon droit accordée tout d'abord. L'erreur, ou si l'on veut l'illusion des premiers observateurs, a été de croire qu'il existait un élément anatomique morbide formé de toutes pièces, caractéristique, sans analogue dans l'économie à l'état sain; on reconnut plusieurs variétés de cet élément qui reçut le nom de cellule cancéreuse. On distingua dès lors les tissus morbides en hétéromorphes, ou sans analogues dans l'économie, et homœomorphes, ou ayant leurs analogues dans le corps à l'état sain. La description de ces éléments prit plusieurs années. Un revirement eut lieu, et l'existence d'éléments hétéromorphes fut mise en doute. Nous n'avons pas à discuter dans cet ouvrage la question de priorité relative à la négation ou à l'admission de l'existence d'éléments anatomiques spéciaux et caractéristiques du cancer. En 1844, lorsque Hannover et Lebert donnèrent la description de la cellule dite cancéreuse, il y eut, en différentes parties de l'Europe, des travaux publiés pour démontrer que ce que ces auteurs appelaient cellule cancéreuse n'était autre chose que des éléments anatomiques divers, tels que

cellules épithéliales, pigmentaires ou cartilagineuses plus ou moins modifiées. D'autres auteurs admirent que les cellules dites cancéreuses, ayant un noyau, un nucléole, des granulations, comme beaucoup d'autres cellules de l'économie, étaient analogues à ces éléments normaux et ne devaient pas être considérées comme hétéromorphes. Le mérite de ce retour à une interprétation plus saine appartient à un grand nombre d'auteurs qui se sont complétés l'un à l'autre. Il restait, après ces travaux dont un grand nombre sont dus à l'Allemagne et à la France, à indiquer ce que représentaient réellement les différentes altérations de texture des organes affectés, les diverses générations de tissus sous forme de tumeurs, à interpréter ces modifications de volume, et parfois de structure, qu'on observe dans les cellules et les fibres composant ces tumeurs; il restait à démontrer la relation de ces états morbides avec les états normaux.

Il ne s'est plus agi dès lors d'étudier les éléments en eux-mêmes et de les classer méthodiquement, ni d'accorder aux uns et de refuser aux autres la propriété dite cancéreuse. Dans ces productions de matière nouvelle, on vit autre chose qu'un amas amorphe de cellules ou de noyaux plus ou moins déformés. On reconnut que ces productions nouvelles étaient susceptibles d'une texture, d'une organisation. On chercha donc comment chaque tissu morbide dérive d'un tissu sain, comment apparaissent des tissus analogues au cartilage et aux glandes, dans des régions qui en sont normalement dépourvues. Il fallut expliquer ce que représentaient, en tant qu'atrophie ou hypertrophie, en tant qu'aberration de structure des éléments normaux, telles et telles cellules qu'on observait dans les tumeurs dites cancéreuses. C'est en France que cette direction a été imprimée aux recherches anatomo-pathologiques. Un auteur allemand justement célèbre, à la fois pathologiste et anatomiste, R. Virchow, a cru trouver la solution du problème en indiquant comme cause de tous ces produits morbides la multiplication par génération endogène des cellules plasmatiques qui existent dans tous les tissus, dont elles sont pour ainsi dire l'élément vital et générateur par excellence (1). Cette vue large mérite les éloges et les reproches qu'on peut en général adresser aux travaux d'outre-Rhin : elle montre un trop grand désir de généralisation, et elle prévoit et explique à priori ce qu'il faudrait démontrer par l'analyse. En France, les travaux de Lebert (2) avaient ouvert la voix aux recherches analytiques et poussé très-loin l'étude de toutes les variétés de tumeurs. Charles Robin, reprenant ces études et y apportant un esprit de critique et une méthode qui ne pouvaient marquer de porter leurs fruits, a pu arriver à déterminer certains faits généraux, tels que ceux-ci : Chaque tissu de l'économie est susceptible de présenter une, deux ou trois espèces d'altérations intimes, et ce sont ces altérations qui toutes ont été confondues anatomiquement et symptomatiquement sous une seule et même hypothèse, un seul et même nom, le cancer. Ainsi l'unité de cancer, le cancer type, n'existent pas. Nous ne saurions mieux faire, pour donner au lecteur une idée de l'état actuel de la science sur ce point, que de citer un passage du travail de Ch. Robin (3) :

(1) Virchow, *La pathologie cellulaire, basée sur l'étude physiologique et pathologique des tissus*, traduit de l'allemand sur la deuxième édition. Paris, 1861.
(2) Lebert, *Traité d'anatomie pathologique générale*. Paris, 1857, t. I.
(3) Ch. Robin, *Mémoire sur le tissu hétéradénique* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*. Paris, 1856.)

« Dans la production des tumeurs, il est deux cas bien distincts à noter : le cas le plus fréquent est celui dans lequel les tumeurs dérivent d'une hypergenèse, d'une multiplication exagérée des éléments anatomiques des tissus normaux, avec dérangement ou non de la texture de ceux au sein desquels ils naissent, ou des parties voisines. Dans cette circonstance, on peut dire que tout tissu normal peut devenir l'origine de la production d'autant d'espèces de tumeurs qu'il renferme d'espèces d'éléments anatomiques; et cela par suite même du fait de l'existence de ceux-ci, lorsque les conditions de leur nutrition, de leur développement, et surtout de leur génération, viennent à subir quelques modifications dont la nature est, du reste, à déterminer. Outre ce fait, on peut en observer un autre, c'est que la propriété qu'ont les tissus complexes de naître chez l'embryon n'est pas bornée seulement aux premiers temps de la vie. On la retrouve encore chez l'adulte dans des conditions diverses, par suite d'une sorte de perturbation de la propriété de génération. »

Suivant Ch. Robin, les tumeurs dites cancéreuses, soit seulement composées de noyaux, soit composées de cellules, sont des produits morbides qui offrent une texture particulière de leurs éléments; il en est qui ressemblent à des glandes, mais sans canal excréteur (tissu hétéradénique), d'autres contiennent du cartilage en des points où ces tissus ne doivent point exister.

On voit, par l'exposé rapide que nous avons fait de la question anatomique, combien l'illusion des praticiens serait grande, s'ils comptaient actuellement sur la possibilité de perfectionner les anciens errements et de diagnostiquer des tumeurs bénignes ou malignes, soit à l'aide des caractères extérieurs grossiers que fournit la vue ou le toucher, soit à l'aide du microscope, qui ne reconnaît pas d'espèce cancéreuse type. Citons encore Ch. Robin : « Les propriétés de génération dans plusieurs points de l'économie, successivement ou simultanément, de nutrition énergique et de développement rapide, qui font que ces produits déterminent la résorption des tissus normaux dont ils prennent la place, sont, pour une même espèce, plus ou moins énergiques, selon la constitution individuelle et l'état général des sujets atteints. Ce n'est pas à tel élement anatomique qu'on doit attribuer la gravité ou la bénignité de la marche locale des tumeurs ou leur généralisation, et aucun d'eux, à cet égard, ne jouit de qualités spécialement nuisibles. C'est l'état de la constitution individuelle innée ou acquise, qui fait que tel ordre de lésions se manifeste plutôt que tel autre, et offre une gravité considérable ou nulle. »

Tel est le dernier mot de l'anatomie à notre époque. Il faut donc que les médecins se résignent à emprunter à d'autres caractères que ceux que fournit l'anatomie, le diagnostic et le pronostic des affections dites cancéreuses.

§ III. — Symptômes.

Peut-être que les cliniciens, éclairés enfin sur l'inanité des propriétés physiques des tumeurs et des ulcères réputés cancéreux, et comprenant que la dureté ou la mollesse, la forme, la vascularité de ces produits morbides, ne constituent point des caractères essentiels et spécifiques, se réfugieront avec plus de profit pour les malades dans l'étude de la marche et des symptômes de ces maladies. On peut dire dès à présent qu'il est telle maladie qui cliniquement est un cancer, alors même que l'anatomie n'admet pas le cancer. Cette maladie, c'est un produit morbide

vivant, qui croît au milieu des tissus et au cœur même de l'organisme dont il fait partie, qui se développe au hasard, sans forme, sans but, déprime, atrophie, ulcère les tissus, se propage aux ganglions les plus voisins, récidive, si on l'enlève, gagne d'autres tissus, se généralise, infecte l'économie tout entière, et entraîne la mort. Il n'y a point de tissu qui y échappe. Les os, les muscles, les viscères, les glandes, les centres nerveux, peuvent être atteints de cancer. La forme, la densité, l'accroissement, les caractères histologiques, varient suivant le lieu, l'organe. Peut-être l'anatomie fera-t-elle un jour la topographie des cancers; ce moment n'est pas encore venu.

Les symptômes du cancer appartiennent à plusieurs ordres différents. Les uns sont dus à des lésions purement mécaniques, à des troubles fonctionnels occasionnés par la présence du cancer agissant comme corps étranger : par exemple, une veine est comprimée par une tumeur, et il en résulte au-dessous un arrêt de la circulation en retour, un œdème. C'est ce qui se voit souvent dans les cancers de l'abdomen ou du foie; il y a alors œdème des membres inférieurs, ou ascite. Si la tumeur est développée dans le crâne, elle pourra, par compression, gêner quelque organe des sens; la vue, l'ouïe, le goût, pourront être altérés. Toute tumeur développée, soit dans le crâne, soit dans le rachis, pourra donner lieu à des lésions de la sensibilité et du mouvement, à des paralysies, à de l'hyperesthésie le plus souvent partielle, à des états convulsifs, etc. Si la tumeur cancéreuse siége au pylore et qu'elle obstrue le passage des aliments, il y aura distension de l'estomac, affaiblissement, ou au contraire hypertrophie des parois de ce viscère; il y aura vomissement parce que les aliments ne pourront pas franchir l'obstacle. Si c'est dans l'intestin que siége le cancer, il y aura rétrécissement de l'intestin, arrêt du bol alimentaire ou des matières fécales, distension au-dessus de l'obstacle, tympanite, etc. Si c'est dans l'œsophage, le malade ne pourra plus avaler le bol alimentaire et arrivera à ne plus pouvoir que boire.

Lorsqu'il n'agit pas comme tumeur, le cancer agit comme agent destructeur; il atrophie, il amène l'ulcération. C'est alors que les tissus érodés laissent échapper le sang, non-seulement des capillaires, mais encore des vaisseaux de moyen et de gros calibre. Aussi l'hémorrhagie est-elle un des meilleurs caractères du cancer. Qui ne sait que la métrorrhagie est le symptôme le plus habituel des cancers du col ou du corps de l'utérus; que l'hématurie est un symptôme du cancer du rein; que l'hématémèse est un des symptômes du cancer de l'estomac?

Enfin, le cancer peut amener non-seulement l'ulcération des organes, mais la perforation, et c'est ainsi que le cancer de l'estomac, du foie, de l'utérus, des reins, détruit tout devant lui; et s'il ne trouve point un organe voisin qu'il gagne par le contact, il amène une communication de la cavité du péritoine ou de la plèvre avec la cavité du viscère perforé. Quelquefois il en résulte la communication d'un conduit avec un autre, de l'estomac avec le côlon, avec le duodénum, la vésicule biliaire, de deux intestins entre eux, de l'œsophage avec la trachée.

Parmi les symptômes généraux, l'état cachectique, l'anémie, la teinte jaune-paille ont été signalés de tout temps. Il faut s'expliquer à cet égard. La teinte jaune peut être attribuée dans le plus grand nombre des cas à une lésion du foie; c'est alors un ictère plus ou moins intense; soit que la tumeur ait son siége dans le foie, soit qu'elle réside à l'estomac ou dans le voisinage de ces organes. Lors-

qu'il n'existe qu'une teinte jaune claire, paille, on peut dire qu'elle n'a rien de caractéristique, et qu'elle indique simplement l'état cachectique, quelle qu'en soit la cause ; la teinte chloro-anémique appartiendra à tous les cancéreux qui, par le fait du cancer, souffriront dans leur nutrition ou perdront du sang.

L'état cachectique, quelquefois, ne résulte ni de troubles digestifs, ni d'hémorrhagies, ni d'un état fébrile marqué, et il est très-vrai que l'on voit des malades atteints d'un cancer en un point du corps, dont l'intégrité semble n'importer que médiocrement au reste de l'économie, tomber peu à peu dans l'affaiblissement et devenir cachectiques. Le plus souvent, cependant, des troubles fonctionnels graves et dépendant directement du cancer expliquent la cachexie et l'étisie. C'est le cas des cancers viscéraux. Le cancer peut d'ailleurs, par sa destruction, par les phénomènes morbides dont ces sortes de tumeurs deviennent le siége et par la réaction consécutive de l'organisme, donner lieu à de la fièvre, à des phénomènes d'infection purulente ou putride : c'est ainsi que la mort survient dans un grand nombre de cas.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche du cancer n'a rien de régulier, et l'on ne peut donner à cet égard que quelques notions très-générales. L'âge a une influence marquée sur la marche et aussi sur le siége du cancer. Chez les jeunes sujets, le cancer marche avec une très-grande rapidité et acquiert des dimensions énormes en peu de temps ; il se montre surtout au foie, dans les os, humérus ou fémur, dans les méninges, dans l'orbite. Il semble que la rapidité de son accroissement soit en rapport avec l'activité de la vie. Chez les vieillards, au contraire, le cancer marche plus lentement, et par cela même sa gravité est moindre. Une tumeur cancéreuse chez un vieillard peut persister presque sans s'accroître pendant plusieurs années, et donner lieu à une lésion qui reste locale pendant un temps très-long. Chez les jeunes sujets, le cancer a un accroissement rapide et indéfini, et détermine la mort en très-peu de temps.

Terminaison. — Lorsque le cancer s'est développé dans les viscères, la mort survient le plus souvent par suite de troubles de nutrition, de fièvre hectique, d'infection putride ou purulente, d'hémorrhagies, de phlegmasie des organes atteints par le cancer, etc. Chez un certain nombre de vieillards morts de maladies aiguës ou chroniques qui ne sont pas sous la dépendance du cancer, on trouve des tumeurs cancéreuses qui sont restées pour ainsi dire à l'état latent, et n'ont donné lieu à aucun phénomène morbide intense. Ces cas sont néanmoins exceptionnels.

§ V. — Causes, traitement.

Causes. — On a invoqué l'hérédité. Cette cause est loin d'être démontrée. On a signalé des causes tenant au milieu et à la manière de vivre, à la mauvaise alimentation, à la misère. Ces causes sont également problématiques. Quant aux causes accidentelles, traumatiques, elles peuvent être invoquées pour expliquer pourquoi le cancer s'est de préférence montré en un organe plutôt qu'en un autre. Ainsi les coups reçus sur la région hépatique, les troubles fonctionnels de l'estomac causés par l'abus des liqueurs fortes, etc., peuvent jusqu'à un certain point passer

pour causes déterminantes de l'apparition dans ces points de la maladie cancéreuse. Quant à la cause spécifique, nous l'ignorons, elle est individuelle, et rentre dans la classe des diathèses ou prédispositions de l'économie tout entière à produire en des points quelconques une maladie toujours semblable à elle-même.

Il n'existe point de traitement spécifique du cancer. Nous renvoyons le lecteur, pour la connaissance des signes et des symptômes du cancer, dans les différentes parties de l'organisme, aux chapitres qui traitent des maladies des organes en particulier.]

ARTICLE VIII.

TUBERCULE.

[*Caractères anatomiques.* — La matière tuberculeuse se présente sous deux formes : celle de matière grise demi-transparente et celle de matière jaune. On a, à une certaine époque, élevé des doutes sur la nature de la matière grise, mais il n'en existe plus maintenant ; elle est, dès le principe, *franchement tuberculeuse* (1). La matière grise conserve quelquefois ses caractères, et, d'autres fois, elle se transforme par des changements progressifs en matière jaune. Mais cette dernière peut être primitivement déposée dans les tissus sans avoir nécessairement passé par l'état gris. Ces deux espèces, ou, pour mieux dire, ces deux variétés se présentent sous la forme de masses isolées, ou *granulations*, ou tubercules proprement dits, et sous celle d'*infiltration*.

La matière grise est en général en masses extrêmement petites, très-nombreuses, fermes, élastiques, sèches, non friables, tandis que la substance jaune forme des amas plus volumineux, moins nombreux, secs et friables ; cette dernière peut seule s'écraser et se dissoudre dans l'eau, mais sans rendre de liquide lactescent comme le cancer.

La substance tuberculeuse est essentiellement composée de corpuscules ou globules polyédriques, à angles obtus de 1/140e à 1/120e de millimètre, la surface de ces corpuscules est lisse, et leur contenu consiste en une masse plus ou moins transparente, assez solide, et en granules moléculaires ; il est extrêmement rare d'y trouver des noyaux et des nucléoles, comme si ces corpuscules étaient des cellules incomplétement développées.

Les tubercules proprement dits ne contiennent pas de vaisseaux, mais quelquefois ils emprisonnent quelques éléments des tissus au sein desquels ils se forment. Nous ne parlons pas des granules moléculaires, de la graisse, de la mélanose des cristaux, qui se rencontrent accidentellement dans le tubercule.

Tout démontre que le tubercule n'est pas un produit organisé, mais que c'est, au contraire, un simple dépôt de matière anormale au milieu des tissus, analogue au dépôt de la matière purulente dans les parties enflammées.

Siége. — La matière tuberculeuse peut se déposer dans tous les tissus, bien qu'avec une fréquence différente ; et si Lebert n'a pas encore trouvé la substance grise demi-transparente dans les os, cela ne démontre pas qu'elle ne puisse pas s'y former, ou bien il faudrait douter de l'habileté d'observation du professeur Nélaton.

(1) Lebert, *Traité pratique des maladies scrofuleuses et tuberculeuses.* In-8, Paris, 1849.

Cependant il est évident que la formation des produits tuberculeux est bien plus fréquente dans certains organes que dans d'autres. C'est dans les poumons qu'on les rencontre le plus souvent, puis dans les ganglions lymphatiques, les membranes séreuses, les glandes, etc. Aussi Louis a-t-il pu dire que chez l'adulte, quand on trouve du tubercule dans un organe quelconque étranger aux voies respiratoires, on est certain d'en rencontrer aussi dans le poumon; mais cette règle n'est pas applicable à l'enfance.

Évolution. — Selon Lebert, il y a deux sortes d'évolutions du tubercule, l'une *destructive*, l'autre *curative*.

Dans la première, la matière tuberculeuse se *ramollit* ou se *fond*. Le ramollissement s'opère par l'infiltration d'un liquide granuleux ou par la sécrétion de matière purulente autour du tubercule; dans ce cas, les corpuscules de la matière tuberculeuse augmentent de volume et tendent à s'arrondir, mais ne disparaissent pas. Dans la fonte proprement dite, il y a dissolution réelle de ces corpuscules. En général, ces altérations s'opèrent du centre à la circonférence, et il arrive un moment où le tissu ambiant s'affecte à son tour, tend à s'*ulcérer* et conserve cette tendance même après l'élimination du tubercule (cavernes). La véritable raison du ramollissement paraît à Lebert résider dans l'absence de nutrition et de vascularité propre du tubercule, ce qui provoque une altération purement physique.

Dans l'évolution curative, quelquefois le tubercule s'indure par le dépôt de matière calcaire, ce qui constitue l'*état crétacé*, si commun dans les poumons chez les vieillards tuberculeux; ou bien le tubercule est d'abord éliminé, et la caverne tend à la cicatrisation.

Composition chimique. — La connaissance de cette composition est si peu utile, que nous n'en donnerons qu'un aperçu. On trouve dans le tubercule cru : de la gélatine, de la caséine, de la fibrine, de l'albumine, de la cholestérine, des matières grasses et des sels. Dans le tubercule ramolli, une partie de ces substances altérées sont devenues plus solubles que précédemment dans l'eau, l'alcool, l'éther, etc. Enfin, dans le tubercule crétacé la matière organique disparaît en grande partie pour faire place à des sels parmi lesquels dominent le phosphate de chaux et le phosphate ammoniaco-magnésien.

Nous ne pousserons pas plus loin l'étude de ces détails de chimie et d'anatomie pathologique. En exposant les principaux, nous avons eu l'intention de montrer combien jusqu'à présent il y a peu d'utilité à en tirer.

Mais si maintenant nous pouvions insister sur la partie pathologique, il nous serait facile de faire voir qu'elle est certainement plus avancée que la précédente.

Considérations pathologiques. — Le tubercule n'est pas une lésion locale, et il est absolument impossible de le faire naître expérimentalement comme on produit une inflammation. Il ne se développe que sous l'influence d'une disposition morbide générale de l'économie, d'une *diathèse* en un mot. Nous l'avons déjà dit, et nous le répétons, le tubercule n'est pas un élément morbide organisé et vivant par lui-même; c'est un simple dépôt, une sécrétion anormale qui, au lieu d'être éliminée, s'épanche dans l'épaisseur des tissus et y subit des altérations physiques non vitales. Après un séjour plus ou moins long au sein des organes, il tombe dans une sorte de décomposition purement physique qui est le ralentissement, et bientôt il est éliminé. A la place qu'il a occupée les parties n'ont pas de disposition à se cica-

triser, une tendance ulcéreuse persiste. Quelle est la cause de la persistance des cavernes, des trajets fistuleux, des kystes, des abcès migrateurs? quel rôle joue le tubercule absent dans la conservation de ces ulcères intérieurs? A notre avis, ce rôle est nul; le tubercule n'est qu'un corps étranger, et l'ulcération qui persiste après son élimination est uniquement le résultat de la disposition morbide générale de l'économie; l'ulcère désormais débarrassé de l'épine devrait guérir, si une cause d'un autre ordre ne l'entretenait pas, et cette cause c'est la diathèse dont le tubercule n'a été lui-même qu'une manifestation.

Si l'on interprétait de la sorte les faits relatifs à la tuberculisation, on devrait s'occuper bien plus de l'état général que de l'état local, et l'on n'incarnerait plus désormais d'une manière étroite une maladie générale dans l'une de ses localisations. Ce qui revient à dire que le tubercule considéré en lui-même n'est qu'une *lésion*, et que la *maladie* tuberculeuse est quelque chose de plus; que c'est un tout bien complet, une entité morbide d'un rang plus élevé.

Cette conception de la maladie élargit le cadre de l'anatomie pathologique elle-même, en même temps qu'elle agrandit le champ du diagnostic, du pronostic et de la thérapeutique. En effet, si le tubercule n'est qu'un dépôt, qu'une expression locale d'une maladie générale, il s'ensuivra qu'un individu qui a quelques tubercules dans les poumons est cependant *généralement* tuberculeux, c'est-à-dire dans tout son organisme; que s'il lui survient, dans le même organe ou ailleurs, une autre lésion anatomique, comme une pleurésie simple, une pneumonie simple, une méningite simple, ces affections pourront à bon droit être considérées comme tuberculeuses; car si ces affections ne sont pas tuberculeuses *localement*, elles le sont par leur *origine* ou leur *racine;* que le diagnostic, même dans le cas d'une lésion simple, devra s'éclairer des commémoratifs; que le pronostic s'établira sur les mêmes bases; et, enfin, que le traitement, s'il y en avait un, devrait aussi tenir compte bien plus de l'origine et de la nature du mal que de son apparence anatomique sous le scalpel et le microscope. Pour tout ce qui a rapport à la tuberculisation des organes, nous renvoyons le lecteur aux articles : PHTHISIE PULMONAIRE, MÉNINGITE, PÉRITONITE TUBERCULEUSE, etc., où la question du tubercule est traitée avec tous les développements qu'elle comporte. Nous nous bornons ici à donner un tableau succinct des caractères anatomiques et de la pathogénie du tubercule en général.]

ARTICLE IX.

CHLOROSE.

La chlorose a été fort anciennement connue; mais on ne saurait, avec F. Hoffmann (1), en trouver une indication précise dans Hippocrate (2). C'est Hoffmann lui-même qui a le premier donné une description satisfaisante de la maladie. Depuis lors, un très-grand nombre de travaux ont été publiés sur ce sujet. [Nous signalerons les travaux de Putégnat (3), de Mordret (4), de Nonat (5).]

(1) Fr. Hoffmann, *Opera omnia*, Suppl. sec. : *Valetudinarium virginale*, cap. III, gen. 1760.
(2) Hippocrate, *Œuvres : Maladies des jeunes filles*, trad. par Littré, t. VIII, p. 407.
(3) Putégnat, *De la chlorose et des maladies chlorotiques*. Bruxelles, 1855.
(4) Mordret, *Traité des affections nerveuses et chloroanémiques*. 1861.
(5) Nonat, *Traité de la chlorose*. 1864.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La chlorose est un état morbide caractérisé par une pâleur particulière de la face, par des troubles variés des diverses fonctions, avec langueur et faiblesse, et offrant, comme altération anatomique générale, une diminution d'abord des globules, puis des autres matériaux solides du sang.

C'est surtout d'après la coloration de la face qu'on a imposé à cette affection les diverses dénominations sous lesquelles elle est connue : *Fœdus color*, *chlorosma*, *pallidus morbus*, *icterus albus ;* ou bien *green sickness*, mot employé par les Anglais, et *Milchfarbe* par les Allemands. Tous ces noms expriment l'altération du teint des malades. Comme cette affection attaque principalement les jeunes filles, on lui a aussi donné les noms de *morbus virginum*, *febris virginea*, etc. ; dénominations fondées sur une observation vulgaire et très-superficielle.

La chlorose est une maladie *fréquente*.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.* — La chlorose se montre, dans la grande majorité des cas, à l'époque de la puberté. Il n'est pas rare de la voir chez des sujets qui ont passé l'*âge* de vingt ans. Les *vieillards* n'en sont point atteints, ou du moins on n'a pas cité d'exemple de cette maladie chez eux. Les enfants en sont-ils affectés ? C'est une opinion qui a été émise pour la première fois par Sauvages (1), [puis soutenue par Nonat (2), Bouchut (3), etc., qui en ont fait un état mixte, chloro-anémique, rarement primitif, le plus souvent consécutif à des affections débilitantes, et fréquemment symptomatique. Marshall-Hall (4) et Becquerel (5) ont un peu modifié cette opinion et ont considéré cette chlorose comme une simple anémie.]

Cette affection est si rare chez les hommes et si commune chez les femmes, qu'on lui a, comme on l'a vu plus haut, donné des noms qui ne sont applicables qu'à une affection propre au *sexe féminin*, surtout à l'âge de la puberté, mais plusieurs auteurs, parmi lesquels on peut citer Desormeaux, Copland (6), Tanquerel des Planches (7) et Uzac (8), ont vu des exemples de chlorose chez l'homme. C'est aujourd'hui une opinion généralement admise.

[La chlorose est une maladie *héréditaire ;* nous verrons plus loin qu'elle peut être aussi acquise. Les *tempéraments* qui contribuent le plus à son développement sont les tempéraments nerveux et lymphatiques. L'*alimentation* insuffisante, quelle qu'en soit la cause, qu'elle provienne d'aliments non assimilables, ou de mauvaise nature, peut déterminer la chlorose. Joignons-y un *air* humide, malsain, la privation du soleil, le défaut d'exercice, un travail excessif, la lactation prolongée, toutes les causes en un mot qui peuvent déterminer l'affaiblissement des forces

(1) Sauvages, *Nosologie méthodique.*
(2) Nonat, *ouv. cité.*
(3) Bouchut, *Mal. des nouveau-nés*, 4e édit., 1862, p. 956.
(4) Marshall-Hall, *Cyclop. of pract. med.*, art. CHLOROSIS by Marshall-Hall.
(5) Becquerel, *Clinique des hôpitaux des enfants*, 3e année, p. 96 et 161.
(6) Copland, *Diction. of pract. med.* London, 1844, t. I, p. 314.
(7) Tanquerel des Planches, *De la chlorose chez l'homme* (*Presse méd.*, juillet 1837).
(8) Uzac, *De la chlorose chez l'homme.* Paris, 1854.

vitales.] L'*habitation des villes* et les *habitudes de la mollesse* ont une influence marquée sur la production de la chlorose. Quant à la privation ou à l'abus des plaisirs vénériens, aux passions vives ou tristes, aux désirs contrariés, à l'usage d'aliments ou de boissons extraordinaires, ne doit-on pas y voir plutôt les signes d'une chlorose commençante qui déprave le goût et pervertit les facultés intellectuelles, qu'une cause même de maladie ?

Une autre cause bien fréquente de chlorose, et qui a été bien longtemps méconnue, est la *grossesse.* Tous les jours on voit des femmes qui se présentent pour se faire saigner parce qu'elles éprouvent de la pesanteur de tête, des étourdissements, des palpitations, etc. Elles sont trompées, comme beaucoup de médecins, par la croyance que ces accidents sont dus à la pléthore, et de là bien des saignées inutiles et même nuisibles. C'est Cazeaux (1) qui démontre que tous ces symptômes doivent être attribués à une véritable chlorose. Il se fonde sur les résultats de l'analyse du sang, sur les symptômes, et enfin sur les succès du traitement par les ferrugineux.

2° *Causes occasionnelles.* — Cette affection commence d'une manière si lente et si insidieuse, qu'il est presque impossible de dire si les circonstances signalées comme causes ne sont pas déjà les premières manifestations du mal. Par exemple, l'aménorrhée, la constipation, l'état du système nerveux, doivent-ils être considérés comme les causes primitives de la maladie? Quelques auteurs l'ont pensé.

Quand on voit une aménorrhée succéder à une *frayeur*, et quelque temps après les signes de la chlorose se manifester, on est porté à croire que la suspension des règles est la cause déterminante qui nous occupe. [Mais on voit si souvent ces accidents ne produire aucun effet qu'il paraît difficile de les considérer comme des causes occasionnelles. On dira avec plus de certitude que tout ce qui peut troubler fortement l'innervation devient une cause de chlorose; alors s'expliquent les effets de la frayeur, des émotions morales profondes, des chagrins, des accès d'hystérie, de la dyspepsie, de la leucorrhée, etc.]

On ne peut donc pas assigner, d'une manière positive, des causes occasionnelles à la chlorose. Ajoutons que les causes prédisposantes, telles que la vie sédentaire, un régime débilitant, etc., agissant à la longue sur l'économie, altèrent la composition du sang, et deviennent ainsi des causes réellement déterminantes.

Nous ne parlons pas des *pseudo-chloroses* admises par quelques auteurs, parce qu'elles ne consistent qu'en une simple anémie qui vient compliquer des affections diverses.

§ III. — Symptômes.

Le *début* est ordinairement lent; il ne s'annonce que par un peu de faiblesse, de langueur, la tendance au sommeil, quelques troubles digestifs.

Plus tard, les sujets affectés de chlorose acquièrent le *teint* regardé par bien des médecins comme caractéristique. On voit des femmes qui, avec tous les autres symptômes de l'affection, conservent une coloration normale ou presque normale de la face. Il faut être prévenu de cette circonstance, car le traitement peut dépendre du jugement porté sur l'absence de ce signe. Le teint chlorotique est variable. Tantôt c'est une nuance blafarde, tantôt une pâleur jaunâtre, tantôt une

(1) Cazeaux, *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 19 février 1850, t. XV, p. 448.

coloration légèrement verdâtre. On observe la décoloration des lèvres, du bord libre des paupières, la teinte bleuâtre de la conjonctive, le regard languissant.

La peau de toute la surface du corps participe à la décoloration, et, de plus, les tissus acquièrent une certaine *bouffissure* qui, pour être plus remarquable à la face et aux paupières, n'en est pas moins sensible parfois dans les autres parties du corps. On y remarque en même temps cette demi-transparence qui distingue la décoloration chlorotique de la pâleur des affections chroniques dont l'aspect est si souvent terreux.

Les phénomènes qui sont le plus remarquables dans la chlorose sont les divers troubles du système nerveux. Tous les médecins, surtout depuis Hoffmann, qui insiste sur ce symptôme, ont remarqué la *céphalalgie* souvent intense et toujours fatiguante par sa ténacité, qui se montre dans cette maladie. Mais des douleurs se font aussi sentir dans beaucoup d'autres endroits du corps, et principalement dans les parois de la poitrine et de l'abdomen. Ces douleurs, dont il est quelquefois difficile de préciser le siége, occupent souvent d'une manière évidente le trajet des nerfs, et alors on observe diverses espèces de *névralgies :* ainsi les névralgies intercostale, lombo-abdominale, avec leurs variétés et leurs symptômes divers, tels qu'ils seront décrits plus tard. Ces douleurs tourmentent beaucoup les malades dans la journée, mais il est bien rare qu'elles troublent le *sommeil* qui, au contraire, est *très-profond*, contrairement à l'opinion de Sandras (1), qui regarde l'insomnie comme une complication très-fréquente. Nous les avons vues exister dans ce que quelques auteurs ont plus particulièrement nommé l'*anémie ;* sont-elles plus intenses et plus remarquables dans les cas regardés par eux comme de véritables chloroses? C'est ce qui n'est pas démontré. [Le *moral* des chlorotiques est souvent profondément affecté : elles rient et pleurent sans motifs, ont le caractère bizarre, inégal, difficile, et recherchent la solitude.]

Sandras (2) a reconnu qu'il se développe, sous l'influence de l'état chlorotique, des paralysies, et ce qui prouve qu'il en est ainsi, c'est qu'il est toujours parvenu à les guérir par les pilules de Vallet et l'électricité. Les cas qu'il cite appartiennent à la *paraplégie*, à la *paralysie faciale* et à la *paralysie générale*, sans lésion de l'intelligence. [Du côté de la motilité on observe encore, outre une nonchalance assez prononcée, des soubresauts musculaires : fréquemment quand la chlorotique s'endort elle ressaute dans son lit.]

Il n'est pas surprenant qu'on ait observé dans la chlorose des troubles cérébraux qui sont quelquefois portés à un si haut degré, qu'on a noté l'existence d'une véritable *manie*. Marshall-Hall (3) en a observé deux cas qu'il a mentionnés dans son article. Sandras (4) en cite également deux cas; pour ce médecin, toutes les formes de l'aliénation mentale peuvent avoir également leur origine dans la chlorose ou l'anémie.

Les *fonctions digestives* sont fréquemment, mais non toujours altérées. Blaud (5) a cité des observations dans lesquelles ce symptôme était très-peu marqué, et n'au-

(1) Sandras, *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1er décembre 1852.
(2) Sandras, *loc. cit.*
(3) Marshall-Hall, *loc. cit.*, p. 379.
(4) Sandras, *loc. cit.*
(5) Blaud, *Revue médicale*, 1832, t. I, p. 337.

rait pas fixé l'attention si elle n'était naturellement appelée sur ce point dans cette maladie. C'est dans les cas où les symptômes du côté du tube digestif sont très-prononcés, qu'on a observé ces cas de *pica* et de *malacia*, c'est-à-dire de désir impérieux pour des substances non alimentaires et même repoussantes, comme le charbon, le plâtre, les excréments même, suivant Hoffmann, ou une appétence exclusive d'aliments particuliers, comme les mets épicés, vinaigrés, etc. Ces perturbations des fonctions de l'estomac peuvent s'accompagner de douleurs de cet organe et des intestins, viscéralgies qui se rapprochent des douleurs nerveuses mentionnées plus haut. C'est en pareil cas que les ferrugineux ont une grande efficacité dans les douleurs viscérales, ainsi que l'ont démontré Trousseau et Bonnet (1).

La *constipation* est un symptôme si fréquent, que, depuis Hoffmann, il a frappé tous les médecins qui se sont occupés de la chlorose. Elle est souvent très-opiniâtre, et Marshall-Hall, qui y attache une grande importance, a trouvé en elle une indication précieuse pour le traitement de la maladie.

Lorsque la chlorose est portée à un haut degré, les troubles de la circulation peuvent être aussi intenses que dans l'anémie qui suit les hémorrhagies abondantes. Des *palpitations*, avec impulsion notable à la région précordiale, fatiguent les malades. Le pouls est vif, souvent accéléré ; à la moindre émotion, les sujets rougissent, ce qui annonce la mobilité de la circulation. Les battements des artères ne sont pas toujours petits et concentrés ; ils offrent assez souvent une largeur notable qui prouve que les vaisseaux sont pleins de liquide ; mais ce liquide présente une grande surabondance de sérosité. C'est là l'état que Beau (2) a désigné sous le nom de *pléthore séreuse*. La *mollesse du pouls*, selon Sandras (3), est un des signes pathognomoniques de la chlorose.

Les auteurs ont parlé d'un phénomène remarquable chez les chlorotiques : c'est le *bruit de souffle* constaté par l'auscultation. Au cœur, on observe parfois un *bruit de souffle au premier temps*. Lorsqu'on applique le stéthoscope sur les côtés du cou, suivant le trajet des artères carotides, on entend un bruit fort, ordinairement continu ou à double courant, parfois musical, désigné sous le nom de *bruit de souffle*, *bruit de diable*, *bruit continu*, *murmure artériel*, *chant des artères*, ou *murmure veineux*. On voit par là qu'on n'est pas d'accord sur le siége de ces bruits. Laennec, Bouillaud, Vernois, Beau, etc., ne doutent pas que le bruit ne se passe dans les artères mêmes ; mais en Angleterre, Ward (4), plus tard Hope (5), et Aran (6) en France, se sont livrés à des expériences qui ont fortement ébranlé cette opinion. Pour eux et Monneret (7), c'est dans les veines que se passe le murmure continu (*venous or continuous murmur*, Hope), puisque, en comprimant plus ou moins les veines jugulaires internes ou externes, suivant les cas, on augmente, diminue ou fait disparaître ce murmure ; tandis qu'un souffle simple peut encore

(1) Trousseau et Bonnet, *Sur l'emploi du sous-carbonate de fer dans les douleurs de l'estomac* (*Arch. gén. de méd.*, 1832, t. XXIX et XXX).
(2) Beau, *Traité expérimental et clinique d'auscultation*. Paris, 1856, p. 461.
(3) Sandras, *loc. cit.*
(4) Ward, *Gazette med. of London*, 1837.
(5) Hope, *A treatise on the diseases of the heart*, p. 109 et suiv.
(6) Aran, *Recherches sur le murmure continu vasculaire simple et composé* (*Arch. gén. de méd.*, août 1843).
(7) Monneret, *Études sur les bruits vasculaires et cardiaques* (*Union médicale*, 1849).

se faire entendre dans les carotides, lorsque le premier a été entièrement supprimé. Cette dernière considération est d'une grande force. Dans l'état actuel de la science, on doit admettre l'existence de deux bruits de souffle vasculaire chez les chlorotiques : l'un simple, ayant son siége dans les artères et correspondant à la diastole artérielle ; l'autre double ou continu, ayant son siége dans les veines. C'est aussi la conclusion qu'ont adoptée Barth et Roger (1).

La cause physique de ces bruits anormaux a encore soulevé des discussions. Vernois a conclu de ses recherches sur les animaux morts d'hémorrhagie (2), que le bruit de souffle était produit par le frottement du sang sur les parois des vaisseaux revenues sur elles-mêmes et un peu froncées. D'après Beau, la plénitude du système vasculaire s'opposerait à ce qu'on adoptât cette explication ; mais cette objection ne s'applique pas aux cas d'anémie par hémorrhagie, et n'a de force que dans les cas d'anémie spontanée ou dans ceux de chlorose dont il s'agit ici. Delaharpe (3) a démontré par des expériences sur le cadavre que les bruits des artères dépendaient et de la rapidité du cours du sang, et surtout du peu de densité du liquide injecté. Aran est arrivé au même résultat en poussant des injections dans les veines. [Chauveau et Marey (4) n'y voient qu'un phénomène de physique expérimentale. Pour eux, le sang étant plus fluide, les vaisseaux plus relâchés, il en résulte que le sang coule plus facilement à travers les capillaires, ce qui rend la tension artérielle facile. L'application du stéthoscope détermine un abaissement de la tension artérielle au-dessous du point comprimé, condition favorable à la production du bruit.

Du côté de la *respiration*, on observe de l'essoufflement, de l'anhélation quand les malades montent ; le vent est court, l'inspiration quelquefois abdominale.] Les *hémorrhagies* sont rares dans la chlorose, les flux sanguins normaux sont troublés ou supprimés. Cela tient évidemment à la pauvreté du sang, qui ne permet pas aux congestions locales de se produire. Mais si, par une cause quelconque, une voie est ouverte aux hémorrhagies naturelles ou accidentelles, *on a peine à arrêter le sang*, et la cause en est dans la grande fluidité de ce liquide. Ces évacuations sanguines viennent encore ajouter à l'intensité de la maladie.

Les troubles de la *menstruation* sont très-remarquables dans la chlorose. Si cette affection survient avant que les jeunes filles soient encore réglées, on voit, au lieu de l'apparition des premières menstrues, apparaître les premiers symptômes de la maladie, et les sujets passer peu à peu de l'état florissant à l'état de langueur décrit plus haut. Quelquefois une première apparition des règles a lieu, mais pénible, accompagnée de douleurs, de leucorrhée, de malaise général, puis elle ne se reproduit plus, ou est suivie de menstrues plus difficiles encore et moins abondantes. Dans d'autres cas enfin, après avoir eu pendant plus ou moins longtemps leurs règles, et avoir passé par une ou plusieurs grossesses, les femmes voient le flux sanguin diminuer, devenir plus aqueux, s'accompagner d'hystéralgie, et se supprimer plus ou moins complétement. Lorsque les menstrues existent encore, elles

(1) Barth et Roger, *Traité pratique d'auscultation*, 6e édit. Paris, 1865.
(2) Vernois, *Des bruits des artères*. Paris, 1837, in-4.
(3) Delaharpe, *Archives gén. de méd.*, 3e série, 1838, t. III, p. 33.
(4) Chauveau et Marey, *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. XXVI. Paris, 1863. — Marey, *Physiologie médicale de la circulation du sang*. 1863.

provoquent, avant et après leur apparition, une leucorrhée plus ou moins abondante qui ajoute à la faiblesse des malades et augmente les troubles digestifs.

Chlorose ménorrhagique. — Les cas dans lesquels les choses se passent ainsi sont de beaucoup les plus fréquents. Mais il en est d'autres sur lesquels Trousseau (1) a attiré l'attention, et qui se présentent avec des caractères différents. Les règles, loin d'être arrêtées, sont beaucoup plus abondantes qu'elles ne l'étaient avant la maladie ; elles durent plus longtemps ; le sang est aqueux, tachant à peine le linge, quelquefois sale, et les malades présentent ordinairement à un haut degré les symptômes précédents. Pour ceux qui font de l'anémie et de la chlorose une maladie toute différente, ces cas ne seront peut-être que des cas d'anémie provoquée par la métrorrhagie. La métrorrhagie elle-même n'a été, dans la plupart des cas cités, qu'une conséquence d'un état maladif antérieur, qu'on ne pouvait rapporter qu'à la chlorose commençante. Trousseau ayant observé que les hémorrhagies utérines ne se produisaient guère qu'aux époques menstruelles plus ou moins avancées seulement, a donné à cette forme de l'affection le nom de *chlorose ménorrhagique.* Elle mérite toute l'attention du praticien ; car si l'on ne connaît pas la cause des métrorrhagies, on peut longtemps fatiguer inutilement les malades par les hémostatiques. Suivant Trousseau, cette forme de la chlorose se trouverait dans un douzième des cas environ ; mais cette proportion n'est pas encore rigoureusement établie.

Chlorose syphilitique. — Ricord (2) a décrit une espèce particulière de chlorose qui se produit chez les syphilitiques et qui exige l'emploi des antisyphilitiques combinés avec les ferrugineux. Cet état mérite d'être connu.

« La circulation sanguine peut présenter, chez eux, toutes les variétés qu'on rencontre dans la chlorose en général ; il en est de même pour la sensibilité et la myotilité ; l'affaiblissement physique et moral est souvent aussi prononcé et même quelquefois davantage : le visage terne, l'œil éteint, indiquent bien que le sang ne jouit plus des mêmes propriétés.

» Comme premiers symptômes additionnels, surviennent un état de courbature générale, ou bien des douleurs rhumatoïdes désignées par quelques auteurs sous la dénomination de rhumatisme syphilitique. Ces douleurs, comme les douleurs ostéocopes, se montrent la nuit seulement, ou éprouvent des exacerbations nocturnes. Elles ont ceci de particulier, qu'elles siégent dans le voisinage des articulations sans y déterminer ni gonflement ni changement de couleur à la peau, et sans que la pression, en général, les éveille ou les accroisse. Plus souvent encore, on observe des céphalalgies, des céphalées, des hémicrânies, faciles à confondre avec la migraine, des douleurs névralgiques offrant, dans quelques circonstances, la plus parfaite analogie avec les névralgies vulgaires qui ont pour siége la cinquième paire. Dans quelques cas, ce sont des douleurs névralgiformes de la septième paire, et la paralysie assez fréquente du nerf facial.

» Il n'est pas rare, à cette période, de voir survenir une alopécie partielle ou générale. Mais déjà, sur la très-grande majorité des sujets, les ganglions cervicaux

(1) Trousseau, *Chlorose ménorrhagique ; Essai thérapeutique* (*Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1839, 6e année, 1er sem., et *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit. Paris, 1865, t. III, p. 399).

(2) Ricord, *De la chlorose syphilitique et de son traitement* (*Bulletin général de thérap.*, août 1844, t. XXVII, p. 111).

postérieurs ou latéraux, et quelquefois les ganglions mastoïdiens, sont pris d'engorgements indolents. Quelques malades, cependant, ont éprouvé une gêne du cou, une espèce de torticolis. Tous les symptômes constituent une première manifestation d'accidents secondaires, rarement précédés ou accompagnés de mouvements fébriles. Mais bien que jusque-là il n'y ait eu aucun autre symptôme pathognomonique, aucune éruption caractéristique d'infection constitutionnelle, la chlorose syphilitique peut déjà être reconnue et convenablement traitée. » (Ricord.)

Pour compléter le tableau symptomatique de la chlorose, il suffit de signaler l'existence des syncopes, des infiltrations considérables, des accumulations de sérosité dans les grandes cavités séreuses, symptômes qui ne se montrent que dans les cas où la maladie a fait de très-grands progrès.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Dès le début cette maladie a le caractère chronique. Du reste, sous le rapport de la *marche*, elle ne présente rien de particulier, si ce n'est une assez grande variation dans l'ordre d'apparition des symptômes. Quant à la *durée*, elle est indéterminée. Abandonnée à elle-même, la maladie peut cesser spontanément chez les jeunes filles, et alors, après plusieurs alternatives, la menstruation finit par s'établir régulièrement. Mais ordinairement la chlorose ne tend nullement à se dissiper.

Dans l'immense majorité des cas, la *terminaison* de la chlorose est heureuse. Cependant on ne doit pas regarder la maladie comme de peu d'importance, car quelques malades sont emportés par une *mort subite*. Marshall-Hall en cite quatre exemples dont il a été témoin.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans la chlorose commençante, diminution des globules du sang ; et dans la chlorose portée à un haut degré, diminution plus grande de ces globules en même temps que des autres matériaux solides, tels sont les caractères anatomiques essentiels de la chlorose. [De 127 millièmes, chiffre normal, ils peuvent descendre à 50 et au-dessous. La fibrine augmente de 2 millièmes, elle s'élève à 3, 3 1/2, 4 millièmes (Becquerel et Rodier). Andral et Gavarret pensent qu'elle varie peu ; l'albumine n'éprouve pas de variations notables.] Il en résulte que le sang est plus aqueux, moins coloré, plus fluide. Ce sont ces caractères qui ont confirmé Andral dans son opinion sur la cause organique de la chlorose. On a trouvé aussi dans le sang des chlorotiques moins de fer qu'à l'état normal, c'est ce qui résulte en particulier des recherches de Fœdish. [Le manganèse, d'après Hannon (1), fait souvent défaut dans le sang des chlorotiques.] Quant aux infiltrations, à la décoloration des tissus, etc., ce sont des altérations anatomiques qui résultent de la lésion primitive du sang, et celles que quelques auteurs ont encore signalées ne sont que des complications.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

D'une part, les maladies chroniques que l'on pourrait confondre avec la chlorose s'en distinguent par des symptômes locaux ; et, d'autre part, l'anémie ne doit pas

(1) Hannon, *Des indicat. positiv. de l'emploi du manganèse dans la chlorose* (*Journ. de la Soc. des sc. méd. de Bruxelles*, 1850, t. X, p. 351).

être mise en parallèle avec l'affection qui nous occupe, car nous verrons que leurs symptômes sont communs, sauf quelques particularités, et nous devrons les confondre dans le même traitement.

Restent les *affections du cœur*. On a pu quelquefois, lorsque la chlorose donnait lieu à des palpitations fortes, croire à l'existence d'une de ces affections ; mais aujourd'hui on les distingue très-bien. Les dernières offrent à la région précordiale une matité plus ou moins étendue, des bruits de souffle à l'un et à l'autre temps, bornés à cette région ou peu étendus au delà, et enfin une stase sanguine ou une surexcitation de l'appareil circulatoire bien différente de l'état anémique de la chlorose, qui, de son côté, offre des bruits anormaux, principalement dans les vaisseaux (1). [Au premier temps du cœur, bruits doux, moelleux, qui se font entendre dans les carotides.]

Le *pronostic* est généralement peu grave. Cependant nous avons vu que les sujets étaient exposés, quoique dans des cas très-rares, à la mort subite ; et, de plus, il est de fait que, lorsqu'on laisse la maladie s'invétérer et parvenir à un très-haut degré, la guérison devient difficile. Les grandes infiltrations séreuses constituent un symptôme qui doit exciter la sollicitude du médecin.

§ VII. — Traitement.

Émissions sanguines. — Aujourd'hui que la maladie est mieux connue que du temps d'Hippocrate et de F. Hoffmann, les émissions sanguines sont proscrites avec raison. Il faudrait qu'une phlegmasie survînt pour qu'on fût autorisé à s'affranchir de cette règle, et encore, en pareil cas, faudrait-il être plus sobre de la saignée que dans tout autre. Comme moyen contre la chlorose, les émissions sanguines n'offrent que du danger.

Ferrugineux. — Les préparations ferrugineuses sont le moyen par excellence à opposer à la chlorose (2). [Mais si, au point de vue de la thérapeutique, toutes les préparations ferrugineuses peuvent être utilisées, elles sont loin d'agir de la même manière. Desormeaux et Blache préfèrent le safran de mars apéritif et l'éthiops minéral ; Trousseau et Pidoux commencent par le fer métallique ; Bouchardat emploie de préférence le fer métallique ou un sel de protoxyde à acide organique ; Reveil (3) et Mialhe préfèrent les préparations solubles ou qui peuvent le devenir sous l'influence des acides du suc gastrique, et précipitables par les alcalis libres ou combinés à l'acide carbonique.

Presque tous les sels de fer ont été et sont employés.]

Pilules de Blaud.

℞ Sulfate de fer........... 16 gram. | Carbonate de potasse......... 16 gram.

Mêlez avec quantité suffisante de poudre de réglisse, de gomme adragant et de sirop simple. Faites 48 pilules. De deux à douze par jour.

Suivant Blaud, le carbonate de fer, formé au moment du mélange des deux sels, est dans une division extrême, et peut être plus facilement absorbé que s'il était administré seul.

(1) Voy. HYPERTROPHIE, RÉTRÉCISSEMENT, INSUFFISANCE DES VALVULES.
(2) Pétrequin, *Bull. gén. de thérap.*, t. XLII, p. 198.
(3) Reveil, *Formulaire des médicaments nouveaux*, 2e édit., 1865, p. 27.

Vallet, pour rendre la conservation des pilules plus facile, et pour éviter la transformation du protocarbonate de fer en carbonate de peroxyde peu soluble dans les acides de l'estomac, a substitué le carbonate de soude au carbonate de potasse, et a enveloppé les substances médicamenteuses de sirop de sucre et de miel.

Cette préparation, fondée sur les mêmes principes que celle de Blaud, agit de la même manière.

Dauvergne (de Manosque), ayant remarqué que la rapide oxygénation du carbonate de fer nuit à son action, a employé avec grand succès (1) des pastilles faites ainsi qu'il suit :

Immédiatement après la précipitation et la filtration du sel de fer, incorporez-le avec le mucilage de gomme adragant ; ajoutez ensuite la quantité de sucre nécessaire pour faire des pastilles aromatiques avec une essence.

Le *lactate* et le *citrate de fer* ont été donnés en pastilles. On a pensé que ces sels, plus solubles, seraient aussi plus facilement absorbés. Mais rien ne prouve que ces médicaments agissent avec plus d'efficacité. Ces préparations n'ont d'autre avantage que d'être plus agréables à prendre. Elles pourront être employées chez les sujets très-jeunes. En voici les formules :

Pastilles de citrate de fer.

℞ Citrate de fer... ...	aa 10 gram.	Sucre..................	160 gram.
Acide citrique......		Eau..................	q. s.
Essence de citron.....	4 décigr.		

F. s. a. des pastilles de 5 décigrammes. A prendre à la dose de quatre à six au début, puis graduellement un plus grand nombre.

Pastilles au lactate de fer.

℞ Lactate de protoxyde de fer.	25 gram.	Sucre....................	500 gram.
Essence de menthe........	1 gram.	Eau distillée de menthe......	q. s.

F. s. a. des pastilles de 50 centigrammes. Dose : de six à douze.

Ces substances ont encore été données en sirop, en pilules, dans des biscuits, etc. Des expériences suffisantes n'ayant pas été faites sur la plus ou moins grande efficacité des diverses préparations ferrugineuses, le praticien doit s'en tenir aux préparations qui ont pour elles le plus grand nombre d'expériences cliniques, et ce sont les premières que nous avons fait connaître. Nous ajouterons donc que la *limaille de fer* à la dose de 5 centigrammes à 1 gramme, le *sulfate de fer* à celle de 5 à 50 centigrammes, le *tartrate de fer* à la même dose, ont procuré de nombreuses guérisons, ainsi que le *fer réduit par l'hydrogène*, et beaucoup d'autres préparations employées plus particulièrement par divers médecins, ce qui prouve que le point essentiel c'est d'introduire le fer dans l'économie sous quelque forme que ce soit, et que ces diverses espèces de préparations n'ont pas une très-grande importance. [Le tartrate de fer à la dose d'une cuillerée à café pour une carafe d'eau que l'on boit avec le vin aux repas, est une excellente préparation, toujours bien supportée par les malades et d'une administration facile. On peut la faire

(1) Dauvergne, *Un mot sur la chlorose aiguë et chronique, et sur son traitement par un nouveau mode de préparation ferrugineuse* (Bulletin de thérap., 1842, t. XXIII, p. 257).

gazéifier, ce qui donne une boisson tonique, digestive et apéritive.] Aussi beaucoup de médecins s'en tiennent-ils encore à la *limaille de fer*, ou à l'ancien *safran de mars* (carbonate de fer), administré en pilules de 2 décigrammes, à la dose de quatre à vingt, et ils n'ont qu'à se louer de cette pratique. Toutefois Blaud a vu des cas rebelles à quelques-unes de ces préparations, céder à la sienne; c'est là un fait qu'il ne faut pas oublier.

[Le pyrophosphate de fer, préconisé par L. Sandras, n'a pas donné tout ce qu'on pouvait en attendre; aucune observation clinique sérieuse, dit Reveil (1), n'est venue démontrer l'efficacité de cette préparation.]

Dans des cas où la maladie offrirait beaucoup de résistance, on pourrait prescrire tour à tour plusieurs de ces préparations. S'il en était ainsi, on devrait commencer par les sels insolubles, tels que le carbonate, et passer ensuite aux sels solubles, tels que le sulfate, le citrate et le lactate.

En même temps qu'on administre ainsi le fer, on fait boire aux repas, et même dans les intervalles, une assez grande quantité d'*eau ferrugineuse*, provenant de l'oxydation de quelques clous dans l'eau simple. Pour rendre ce mode d'administration plus agréable, on fait des eaux gazeuses ferrées, telles que la suivante :

℞ Eau.................	625 gram.	Acide citrique	4 gram.
Citrate ferrique sec.....	1 gram.	Bicarbonate de soude.........	5 gram.

Ajoutez d'abord le sel de fer et l'acide citrique, puis le bicarbonate de soude; bouchez immédiatement, et assujettissez le bouchon.

Cette préparation, due à Mialhe, n'a aucune saveur désagréable.

On peut extemporanément produire de la manière suivante de l'eau ferrée gazeuse par le procédé employé pour la potion de Rivière :

℞ Bicarbonate de soude.....	15 gram.	Sulfate de fer pur	15 gram.
Acide tartrique	25 gram.	Sucre....................	30 gram.

Mêlez au sulfate de fer et au sucre pulvérisé le bicarbonate de soude et l'acide tartrique en poudre grossière. Conservez dans un flacon bien bouché. Prendre, deux ou trois fois par jour, une cuillerée à café de cette poudre, qu'on introduit dans un verre d'eau sucrée, où elle produit une effervescence.

Hannon (2), ayant trouvé du *manganèse* dans le sang, et ayant appris que Millon avait fait la même observation qu'il avait communiquée à l'Académie des sciences de Paris, a donné le manganèse aux anémiques, et en ayant obtenu de bons effets, il a modifié les pilules de Blaud de la manière suivante :

Sulfate de fer cristallisé....	400 gram.	Miel..................	300 gram.
Sulfate de manganèse pur..	100 gram.	Sirop de sucre...........	q. s.
Carbonate de soude pur....	580 gram.		

A diviser en pilules de 10 centigrammes. Dose : de deux à dix pilules par jour dans la chlorose.

Pétrequin (3) vante également les bons effets du manganèse. « Dans les cas, dit-il, où le fer semble avoir épuisé son action, dans d'autres où il semble dépouillé de

(1) Reveil, *Formul. des méd. nouv.*, 2ᵉ édit., 1865, p. 55.
(2) Hannon. *Presse médicale belge*, janvier 1848.
(3) Pétrequin, *Nouvelles recherches sur l'emploi thérapeutique du manganèse comme adjuvant du fer* (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 et 30 mai 1852, t. XLII, p. 193).

ses vertus spécifiques, il y a indication à rechercher un adjuvant, et cet adjuvant, c'est le *manganèse* qui, comme le fer, entre dans la constitution des globules sanguins. »

Pétrequin donne le *fer* uni au *manganèse* sous la forme de *pilules*, de *pastilles*, de *sirops*, etc.

Pilules de carbonate ferro-manganeux.

℞ Sulfate ferreux cristallisé pur.	75 gram.	Miel fin	60 gram.
— manganeux cristallisé pur.	25 gram.	Eau	q. s.
Carbonate de soude cristallisé.	120 gram.		

Faire des pilules de 20 centigrammes. Dose : deux à quatre par jour.

On prépare également un sirop d'iodure de fer et de manganèse, des pastilles de lactate de fer et de manganèse.

[C'est d'ailleurs souvent une affaire à tâtonnement et tantôt on préférera les préparations solubles aux insolubles, et réciproquement. Les préparations ferrugineuses se prennent rarement à jeun, c'est presque toujours avant les repas. Chez les enfants on prescrira le fer réduit, qui se prend dans du chocolat, dans des bonbons, et n'a pas de saveur. Mais le fer a des inconvénients; il est des personnes qu'il constipe, auxquelles il donne des maux de tête, des troubles gastro-intestinaux. S'il constipe, s'il occasionne des maux de tête, on lui associe de petites doses d'aloès, de jalap, de rhubarbe ; s'il donne lieu à des troubles gastro-intestinaux, on lui associera l'extrait de jusquiame, d'extrait thébaïque, à la dose de 1 centigramme, d'extrait de valériane, de 5 à 10 centigrammes. On peut aussi, dans ce cas, avoir recours aux eaux minérales gazeuses et ferrugineuses. On ne doit pas donner le fer tant que dure la chlorose; il y a des interruptions indiquées par la susceptibilité de la maladie et des résultats qu'on obtient.]

Purgatifs. — La constipatiou habituelle, à laquelle sont si sujettes les malades, a toujours engagé à avoir recours aux purgatifs, et Hoffmann a insisté sur ce point. Le *jalap*, la *gomme-gutte*, les *sels alcalins*, sont à peu près indifféremment administrés, car il s'agit uniquement de tenir le ventre libre. Marshall-Hall pense qu'il faut unir les purgatifs aux ferrugineux. C'est à l'aloès qu'il donne la préférence, et il recommande la formule suivante, qu'il regarde, dit-il, comme presque un spécifique :

℞ Aloès	10 centigram.	Sulfate de fer	10 centigr.

F. s. a. une pilule. On prescrira de deux à six pilules semblables chaque jour.

Digitale. — Les troubles de la circulation sont quelquefois si considérables et les palpitations si fortes, qu'on ne doit pas attendre que l'action du fer les ait apaisés. C'est en pareil cas qu'on prescrit la digitale. Andral joint cette substance à la limaille de fer, ainsi qu'il suit :

℞ Poudre de digitale	60 centigr.	Thridace	2 gram.
Limaille de fer	2 gram.	Miel	q. s.

F. s. a. 35 pilules. Commencer par deux ou trois par jour ; augmenter graduellement le nombre jusqu'à dix ou douze.

[*Préparations arsenicales.* — Charles Isnard (1) a étudié comparativement les effets thérapeutiques du fer et de l'arsenic ; l'arsenic calme d'abord les névropathies, puis il relève les fonctions digestives ; le fer, au contraire, agit d'abord sur la nutrition, puis sur l'innervation générale. On préférera donc l'arsenic toutes les fois qu'il y aura un élément nerveux à combattre. Isnard adopte cette formule :

℞ Acide arsénieux................................	20 centigram.
Eau distillée..................................	1 litre.

Faites bouillir dans un ballon de verre, pendant trente minutes environ, 100 grammes d'eau avec l'arsenic. La dissolution opérée, ajoutez le reste du liquide. Agitez vivement.

50 grammes de solution représentant 1 centigramme d'acide arsénieux, on prescrira chaque jour 100 à 150 grammes de solution, qui se prend dans du vin, avec du sirop, etc. Le traitement est suivi pendant un, deux ou trois mois.

On peut aussi prescrire un sirop amer de quinquina, gentiane, etc., additionné d'arséniate de soude, à la dose de 10 centigrammes pour 300 grammes de sirop, une à deux cuillerées par jour.]

Dans un cas de chlorose ou anémie sans lésion organique, Monneret (2) a employé la *transfusion du sang ;* mais la malade succomba le même jour.

Moyens contre les douleurs nerveuses. — Les douleurs dont les malades sont si souvent affectées, réclament plus impérieusement encore l'attention. Il est vrai que, le plus souvent, le traitement de l'altération sanguine suffit pour faire disparaître ces symptômes, qui n'en sont qu'une simple conséquence. Mais il est des cas où ces douleurs ont une intensité qui ne permet pas d'attendre l'action du fer, et d'autres où elles sont moins liées à la chlorose qu'on aurait pu le croire, puisque le traitement et la guérison de celle-ci ne les font point disparaître. Les *opiacés*, dans les cas de viscéralgie, et les *vésicatoires volants*, dans les cas de névralgie, sont les moyens les plus efficaces. Marshall-Hall s'en est convaincu, puisqu'il dit qu'il est souvent nécessaire d'employer des remèdes particuliers contre les douleurs de la tête et du côté, et que le vésicatoire est le meilleur. A propos des névralgies, nous indiquerons la manière dont ce traitement doit être dirigé.

La *cautérisation des points douloureux avec le nitrate d'argent fondu* a, dans plusieurs cas cités par Marotte (2), suffi pour enlever rapidement ces névralgies.

Quant aux viscéralgies, les *opiacés* sont utiles, mais c'est pour calmer les douleurs, et non pour les faire disparaître, car cet effet n'appartient qu'au fer. C'est ce qu'ont observé Trousseau et Bonnet, dans les cas où, sous l'influence du sous-carbonate de fer, ils ont fait disparaître les douleurs d'estomac rebelles. Souvent aussi les douleurs intestinales cèdent aux purgatifs.

Sandras (3) vante les bons effets des *bains à 26 degrés* pendant quatre heures tous les jours, comme moyen adjuvant. Suivant lui, cette médication a eu surtout pour effet de *faire cesser la toux.*

[*Médication adjuvante.* — Le fer ne suffit pas toujours ; il est des organisations

(1) Ch. Isnard, *De l'arsenic dans la pathologie du système nerveux*, in-8, 1865.
(2) Voy. *Bulletin gén. de thérap.*, mai 1846.
(3) Sandras, *loc. cit.*, 1er décembre 1852.

réfractaires à son action : il faut alors lui associer une médication adjuvante et rendre à l'économie sa force, non par le fer qui manque au sang, mais en tonifiant la constitution tout entière. Il faut que les chlorotiques mangent, digèrent et s'assimilent, condition indispensable. On aura recours aux toniques, aux *amers*, à la tête desquels nous placerons le *quinquina* et ses diverses préparations (vin, teinture, macération, extrait, poudre), que l'on prendra avant les repas, le *quassia amara* en macération froide, la rhubarbe, la gentiane, le colombo, le sirop d'écorces d'oranges, etc.

Si l'on prescrit des préparations vineuses ou alcooliques, on peut indistinctement les faire prendre à jeun ou avant le repas. En général, on préférera les vins amers, secs, pour la préparation des vins de quinquina. Certaines personnes ne pouvant les prendre à jeun les prendront après le potage ou après le repas.

Les *bains frais* ont une propriété tonique évidente : la température sera de 26 à 30 degrés, la durée de cinq à quinze minutes, selon l'âge et la susceptibilité du sujet. Les bains de rivière sont très-utiles aux chlorotiques : pendant et après le bain, il faudra conseiller l'exercice corporel. On peut employer les bains aromatiques, toniques, alcalins, salés (sel de cuisine, 2 kilogrammes; carbonate de soude, 500 grammes), les bains sulfureux (foie de soufre, 125 grammes). Leur durée est d'environ une demi-heure.

L'*hydrothérapie* constitue une méthode puissante et active : on emploie les douches froides, en pluie, en cercle, en jet, les lotions, les ablutions, les frictions, etc.

Les *bains de mer* seront très-avantageux aux personnes aisées, les gens pauvres les remplaceront par les bains salés. La durée du bain de mer sera courte (quelques minutes), on en pourra prendre plusieurs par jour, et l'exercice dans l'eau est nécessaire. Les bains de mer du Midi et de l'Ouest sont préférables à ceux du Nord. Pour les enfants surtout, il y a des considérations fort importantes relativement à leur constitution, aux heures, à la durée des bains, etc. (1).

Les *eaux minérales* sont un bon adjuvant ; elles sont administrées en boisson, en douches, en bains. Parmi celles qu'on prend en boisson, nous citerons les eaux ferrugineuses d'Orezza, de Bussang, de Spa ; viennent ensuite les eaux de Vichy, de Néris, de Condillac, qu'on prend en boisson et en bains. Les eaux acidulées gazeuses de Renaison, de Saint-Galmier, etc., sont employées aux repas avec le vin, comme digestives.

Les eaux chlorurées sodiques et les eaux sulfurées sont prises à l'extérieur ; ce sont les eaux de Salins dont l'action reconstituante a été bien établie, celles de Bourbonne, de Luxeuil, de Niederbronn, de Nauheim, de Kreuznach, de Wiesbaden, de Hambourg, etc. S'il y a prédominance du tempérament lymphatique, on préférera Kreuznach ou Salins ; s'il y a un vice hépatique, les eaux sulfurées seront avantageuses. Les eaux sulfurées des Pyrénées (Luchon, Cauterets, Amélie), celles de Cambo, de Castera-Verduzan, joignent à leurs propriétés spéciales, les avantages de climat et d'altitude (2).]

Traitement de la chlorose ménorrhagique. — Selon Trousseau (3), dans cette

(1) Brochard, *Des bains de mer chez les enfants*. Paris, 1864, p. 219.
(2) Durand-Fardel, Le Bret et Lefort, *Dict. des eaux minérales*, t. I, p. 442.
(3) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. III, p. 498.

espèce de chlorose, il y a deux indications à remplir. La première est de rémedier à l'altération du sang; la seconde, de modérer le flux cataménial qui, par sa surabondance, tend à augmenter cette altération. Voici comment il faut procéder :

1° Dans l'intervalle des règles, administrer les ferrugineux suivant les formules précédentes.

2° A l'époque des règles, un peu avant même, prescrire :

℞ Ergot de seigle fraîchement pulvérisé. . . . . 1 gram.

Dans une cuillerée de sirop ou dans un peu de confiture.

Cette dose doit être donnée deux fois dans les vingt-quatre heures, et administrée au moment de la journée où l'hémorrhagie a le plus d'activité; mais rien ne prouve que cette précaution soit indispensable.

Dans un cas, nous avons obtenu une guérison prompte en administrant, dans l'intervalle des règles, le carbonate de fer en pilules, et en prescrivant, pendant l'hémorrhagie, la poudre suivante conseillée par Trousseau contre la métrorrhagie abondante, mais à plus forte dose :

℞ Ergot de seigle pulvérisé. . 4 gram. | Tannin . . . . 1gr,30.

Divisez en six paquets. Dose : de un à trois par jour.

Traitement de la chlorose syphilitique. — Ricord a formulé ce traitement de la manière suivante :

« Le mode de traitement que j'ai adopté consiste dans la combinaison des ferrugineux et des mercuriaux, soit contre la chlorose, soit contre d'autres symptômes, s'il y en a, pourvu qu'il n'existe pas de contre-indication.

» En général, je donne la préférence aux pilules de Vallet, six à dix-huit par jour, et en trois doses. Je prescris en même temps le *protoiodure de mercure* à la dose de 5 à 30 centigrammes, la tisane amère faite avec une décoction de houblon ou de saponaire, bien préférable à la salsepareille.

» Dans les accidents de transition des symptômes secondaires aux symptômes tertiaires, les *mercuriaux combinés à l'iodure de fer*, et mieux encore, à l'*iodure de potassium*, suffisent pour reconstituer le sang.

» On obtient le même résultat avec l'iodure de fer ou de potassium seuls dans les cas d'accidents tertiaires. »

Lorsqu'à l'aide des préparations ferrugineuses, on a réussi à faire disparaître l'altération du sang, il ne faut pas regarder le traitement comme entièrement terminé. Il faut continuer les soins hygiéniques qu'on aura dû prendre dans son cours.

Soins hygiéniques pendant et après le traitement de la chlorose. — 1° Si les malades occupaient un lieu froid, humide, mal éclairé, mal aéré, les faire changer d'habitation, et les envoyer, s'il se peut, à la campagne.

2° Régime fortifiant, mais non excitant, composé principalement de viandes rôties et d'un peu de vin généreux. C'est, sans doute, non-seulement pour rendre le médicament plus agréable, mais encore pour joindre un aliment analeptique aux

ferrugineux, qu'on prescrit le *chocolat de fer*, préparé selon la formule suivante :

♃ Fer réduit par l'hydrogène. 20 gram. | Chocolat fin................ 180 gram.

Mettez le fer dans le chocolat ramolli à une douce chaleur, et faites des pastilles de 1 gramme, dont on prendra de quatre à vingt par jour.

3° Exercice modéré en plein air.

4° Bains frais et bains de mer.

5° Aux époques menstruelles, si les règles tendent à se rétablir, les favoriser par les moyens connus : action de la vapeur d'eau sur le siége, etc. ; dans la chlorose ménorrhagique, il faut, au contraire, modérer le flux sanguin trop abondant.

Le régime qui favorise l'action des médicaments appropriés doit être suivi après la guérison, afin de prévenir des rechutes qui, dans cette maladie, se produisent facilement. Les auteurs sont d'accord sur ce point, sur lequel Trousseau et Pidoux (1) ont insisté peut-être avec un peu d'exagération.

Le fer est le meilleur tonique dans cette maladie. Cependant il est bon d'y joindre, comme adjuvants, quelques toniques amers, et en particulier du vin de quinquina.

Chlorose compliquée d'inflammation. — Gintrac (de Bordeaux) et Andral ont cité des faits où une affection inflammatoire concomitante s'étant montrée chez des chlorotiques, la saignée générale et locale a produit de bons effets. Dans ces cas, souvent le fer n'est pas supporté avant qu'on ait fait disparaître l'inflammation (2).

Résumé, ordonnances. — Le fer, les purgatifs et les moyens dirigés contre les douleurs. Les autres moyens ne sont qu'accessoires, ou ne doivent être mis en usage qu'accidentellement.

Ire Ordonnance. — Dans un cas de chlorose commençante.

1° Pour boisson, aux repas, avec le vin, eau ferrée ordinaire, solution de tartrate de fer.

2° Tous les jours, au début du traitement, quatre pilules de Blaud ou de Vallet (voy. pages 533 et 534) ; augmenter tous les deux jours de deux pilules cette première dose, jusqu'à ce qu'on en prenne de douze à vingt (3).

3° Légers purgatifs, ou association de l'aloès et du fer, suivant la formule de Marshall-Hall (voy. page 536).

4° Régime fortifiant ; exercice.

Ce traitement suffit dans l'immense majorité des cas de chlorose.

IIe Ordonnance. — Dans un cas de chlorose ancienne, portée à un haut degré, avec palpitations et douleurs nerveuses.

1° Pour tisane, infusion de petite centaurée, ou bien quelques tasses d'infusion de quinquina. Aux repas, eau ferrée.

2° Une des préparations ferrugineuses précédentes, et, si la maladie résiste, emploi d'un sel soluble : citrate, sulfate, lactate, tartrate (voy. pages 534 et 535).

(1) Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, t. I.
(2) Voyez *Bullet. général de thérapeutique*, mai 1846.
(3) Il serait inutile de dépasser cette dose. Des expériences ont prouvé qu'au delà le sel de fer ne pénétrait pas dans l'économie, mais était rejeté par les selles.

3° De 10 à 30 centigrammes de poudre de digitale dans un julep ; ou bien association de la digitale et du fer, selon la formule d'Andral (voy. page 536).

4° Vésicatoires volants sur les points occupés par les douleurs névralgiques trop intenses pour qu'on puisse attendre l'action du traitement interne.

5° Purgatifs, *ut suprà.*

6° Régime, *ut suprà.*

Nous ne donnons pas d'ordonnances particulières pour la *chlorose ménorrhagique* et la *chlorose syphilitique*, attendu qu'elles se trouvent à peu près toutes faites dans les détails présentés plus haut (voy. page 538).

Résumé sommaire du traitement. — Ferrugineux ; purgatifs ; digitale ; moyens contre les douleurs nerveuses ; ergot de seigle, tannin (*chlorose ménorrhag.*) ; antisyphilitiques (*chlorose syphilit.*) ; toniques ; régime ; exercice ; bains de mer.

ARTICLE X.

ANÉMIE.

[Il y a entre la chlorose et l'anémie des rapports tellement intimes que les deux états ont été confondus par quelques médecins], nous les décrirons cependant à part, non pas seulement pour nous conformer à l'usage, mais parce que, sous le rapport pratique, un bon nombre des cas qui ont reçu ces deux noms différents présentent quelques particularités intéressantes à connaître.

Andral a divisé l'anémie en *générale* et en *locale*. C'est de la première qu'il va être spécialement question. La seconde se rattache presque toujours à des maladies plus importantes et n'est qu'un phénomène consécutif.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On entend par le mot *anémie* non pas la privation totale du sang, comme on pourrait le croire d'après l'étymologie, mais seulement une diminution dans sa quantité. Mais les études récentes, et en particulier celles d'Andral (1), sont venues encore modifier cette manière de voir. Ce dernier auteur a trouvé que, dans un bon nombre de cas, le liquide sanguin n'avait pas diminué en totalité, mais seulement avait perdu en partie un de ses éléments : les globules. Sans doute la diminution peut porter aussi sur les autres matériaux, mais c'est ce qui est loin d'arriver constamment, et, par conséquent, la quantité des globules, moindre qu'à l'état normal, est le caractère anatomique essentiel de la maladie. On doit donc la définir : *une diminution dans la quantité normale des globules sanguins.*

Cette affection a reçu un assez grand nombre de noms différents, tels que *maladie des mineurs*, parce que les ouvriers qui travaillent aux mines de charbon en ont été atteints dans des circonstances remarquables ; *hypémie*, nom proposé par Andral (2) ; *hydrémie* ou *hydroémie*, parce que le sang paraît plus séreux ; et *oligémie*, *oligoglobulie*, *aglobulie*, parce qu'on suppose que le liquide sanguin est toujours en moindre quantité qu'à l'état normal. Le nom d'*anémie*, malgré sa signification vicieuse, étant aujourd'hui bien compris, peut être conservé sans inconvénient.

Elle est moins fréquente que la chlorose.

(1) Andral, *Anatomie pathologique*, t. I, p. 75 et suiv.
(2) Andral, *Essai d'hématologie pathologique*, p. 59 et suiv.

§ II. — Causes.

Parmi les causes attribuées à l'anémie, il en est très-peu qu'on puisse ranger parmi les *causes prédisposantes.* L'*enfance* et le *sexe féminin* sont peut-être les seules conditions de ce genre.

Quant aux *causes occasionnelles*, elles sont assez nombreuses. La première, et celle dont l'action est le plus marquée, est sans contredit une *perte excessive de sang*, soit par la saignée, soit par les sangsues, soit par une hémorrhagie quelconque. C'est surtout lorsque les pertes de sang sont répétées à de courts intervalles, qu'elles produisent le plus facilement l'anémie.

L'anémie est, dans son expression la plus simple, un état diamétralement opposé à la pléthore; il s'ensuit que leurs causes doivent être entièrement différentes. Aussi voyons-nous qu'une nourriture insuffisante, de mauvaise qualité; l'habitation dans un lieu sombre, mal aéré; des travaux excessifs, produisent une véritable anémie. C'est alors un *étiolement* semblable à celui des plantes placées dans les mêmes conditions.

On a dit que toutes les *pertes*, comme les évacuations alvines trop abondantes, les flux séreux et muqueux, produisaient l'anémie. Mais il ne faut pas prendre l'effet pour la cause; car on voit ordinairement, sous la seule influence de la recomposition du sang, disparaître ces flux qui étaient liés à l'anémie, mais qui ne l'avaient pas causée.

Les choses se passent-elles autrement chez les *ouvriers mineurs* qui sont sujets à cette maladie? On sait que chez eux l'affection peut débuter par des coliques et des déjections de mauvaise nature; mais ce n'est qu'après l'apparition de la faiblesse et des palpitations. [L'étiolement ou anémie des mineurs est considérée par Riembault et par nous (1) comme la conséquence de l'humidité, du défaut de lumière, d'un air imparfaitement renouvelé, de mauvaise nourriture et d'excès alcooliques.]

Tanquerel des Planches a décrit l'état cachectique des hommes qui ont longtemps subi l'*influence du plomb.* Andral a vu, dans cet état, les globules subir une diminution tout aussi grande que dans l'anémie spontanée. L'absorption du plomb doit donc être rangée parmi les causes de l'anémie. [Il y a aussi une anémie produite par l'*alcoolisme.*]

La diminution des globules a été observée fréquemment par Andral et par Cazeaux chez les *femmes enceintes.* On a, en outre, reconnu une anémie causée par des *maladies chroniques* ayant altéré profondément la constitution [telles que les affections nerveuses, sans lésion organique, qui entraînent un défaut de réparation des matériaux du sang, les fièvres intermittentes, etc.]. On voit, en effet, chez les sujets affectés depuis un temps assez long de tubercules, de cancer, etc., survenir un état général de faiblesse avec décoloration des tissus, qui annonce l'altération du sang. Mais cet état, se liant à des affections dont la description doit trouver place ailleurs, ne doit nous occuper ici que secondairement.

Becquerel et Rodier (2) ont décrit une anémie résultant de la *diminution de*

(1) Riembault, *Hygiène des ouvriers mineurs*, 1861, p. 179. — Lorain, *Nouv. dictionn. de méd. et de chirurg. pratiq.*, art. Anémie. Paris, 1865, t. II, p. 218.

(2) Becquerel et Rodier, *Recherches sur la composition du sang dans l'état de santé et dans l'état de maladie* (*Comptes rend. de l'Acad. des sciences*, 14 mars 1850, p. 247).

portion de l'albumine du sang; mais ici l'anémie joue un rôle secondaire, et nous reviendrons sur ce sujet quand nous parlerons de l'*anasarque* et de l'*œdème*, qui sont les principales conséquences de cette diminution de l'albumine.

[Jourdanet (1) a décrit sous le nom de *mal des montagnes* ou d'anémie des altitudes, un ensemble de troubles fonctionnels qui se développent chez l'homme qui s'élève et demeure à de grandes hauteurs : ce serait, selon lui, le résultat d'une soustraction directe de l'oxygène du sang par la diminution de pression barométrique. A. Corlieu a constaté le même effet produit par le séjour prolongé au milieu d'une lumière artificielle trop vive, qui a également sur le sang une action désoxygénante.]

Enfin, il est des cas où l'on ne peut rattacher à *aucune cause appréciable* le développement de l'anémie.

§ III. — Symptômes.

La maladie a un *début* différent suivant les cas.

Lorsqu'elle succède à des évacuations sanguines trop abondantes, partiquées dans une maladie fébrile, on voit, au moment où le malade devrait entrer en convalescence et reprendre ses forces, se déclarer rapidement tous les symptômes de l'anémie. Chez les ouvriers qui travaillaient à la mine d'Anzin (2), les coliques, le météorisme, les déjections noires et vertes, jointes à la dyspnée, aux palpitations et à la prostration des forces, furent les premiers signes observables de la maladie.

Dans les cas où l'anémie se déclare spontanément, son début est difficile à distinguer, les modifications organiques se faisant d'une manière très-lente.

Lorsque l'anémie est encore commençante, qu'il n'y a qu'une faible disproportion de la quantité des globules avec les autres matériaux du sang, les symptômes consistent uniquement dans une *pâleur* remarquable, surtout dans les portions apparentes des muqueuses, telles que celles du bord libre des lèvres. Les malades sont *faibles*, fatigués au moindre exercice; ils ont une grande tendance à la *somnolence*. Ils sont facilement essoufflés, ont des *palpitations* fréquentes, et déjà alors ils présentent dans les vaisseaux des *bruits de souffle* dont il sera question plus tard.

A une époque plus avancée de la maladie, ou dès le début lorsque l'anémie succède à des évacuations sanguines excessives, les symptômes deviennent beaucoup plus caractéristiques. La pâleur est telle, qu'on l'a comparée à la couleur de la cire blanche un peu jaunie par le temps. La *peau* paraît amincie et est plus molle; les *muqueuses* ont une couleur moins foncée; la conjonctive est décolorée, sans ramification vasculaire apparente; elle a une transparence plus grande. Les vaisseaux veineux sont à peine visibles au-dessous d'elle, ou même ils disparaissent entièrement. La *face* est plus ou moins bouffie; souvent il se produit des infiltrations de sérosité dans le tissu cellulaire.

La percussion et l'auscultation ont été appliquées à l'étude de cette maladie. La première n'a fourni aucun renseignement vraiment utile ; il n'en est pas de même

(1) Jourdanet, *Le Mexique et l'Amérique tropicale.* Paris, 1864, p. 81 et suiv.
(2) Voy. Hallé, *Observ. sur une maladie qu'on peut appeler anémie* (*Journ. de méd. et de chirurg.*, an XIII).

de la seconde. Les recherches de Hope, de Bouillaud (1) et Vernois (2), ont démontré l'existence constante d'un *bruit de souffle simple ou à double courant*, d'un *bruit musical*, déjà signalé par Laennec, d'un *ronflement*, d'un *bruit de diable*, etc., dans les vaisseaux, et notamment dans ceux de la partie supérieure du corps. Nous disons dans les vaisseaux, et non dans les artères, parce que, suivant Hope, c'est dans les veines que se produisent quelques-uns de ces bruits. C'est un point que nous avons examiné à propos de la chlorose. Suivant Vernois, le bruit est produit par le frottement du sang sur les parois artérielles qui, en se contractant, se sont froncées. D'après Bouillaud, ce bruit est dû probablement à la vivacité convulsive avec laquelle une petite colonne de sang est expulsée par le cœur à travers une cavité, un orifice devenus fort étroits. Les expériences de de la Harpe (3) et de Aran (4) ont appris que, si ces causes produisent, en effet, le bruit dont il est question, elles ne sont pas du moins les seules. En poussant des injections dans les artères, ils ont vu que moins le liquide était dense, plus les bruits de souffle produits étaient intenses. L'état séreux du sang des anémiques est donc pour eux une des causes du bruit de souffle qui se produit dans les artères. [Nous avons fait connaître l'opinion de Chauveau et Marey, qui réunit aujourd'hui le plus grand nombre des médecins (voy. page 528).]

Le *pouls* devient petit et faible ; cependant il conserve encore une assez grande vivacité, c'est-à-dire qu'il passe rapidement sous le doigt. Lorsque la maladie est portée à un haut degré, la sensibilité au froid, le froid des extrémités, les lipothymies, les syncopes, surtout dans la position verticale ; des étourdissements ; une sensation de vague dans la tête ; parfois des convulsions, l'engourdissement, les fourmillements des membres, le découragement ; des troubles intestinaux, tels que des douleurs d'estomac, le dégoût pour les aliments substantiels, des nausées, des vomissements ; ordinairement la constipation ; parfois des selles abondantes demi-liquides : tels sont les phénomènes qui se produisent et qui peuvent conduire les malades au tombeau.

Lorsque ces symptômes sont portés au plus haut degré, le malade est tellement faible, qu'il peut à peine soulever ses membres ; on en a vu des exemples après le traitement d'Albertini et de Valsalva. Dans les cas où l'affection sévit sous forme d'épidémie, comme chez les ouvriers mineurs, il peut exister quelques phénomènes particuliers. Dans l'épidémie d'Anzin, les accidents intestinaux étaient remarquables ; dans celle de Schemnitz, en Hongrie, le brisement des membres au début et l'infiltration du tissu cellulaire méritent, d'après la description de Hoffinger, d'être particulièrement notés. Mais il résulte des recherches de Becquerel et Rodier (5) que, dans ces cas, il devrait y avoir en même temps *diminution de la proportion d'albumine*, car l'anémie ne peut pas par elle-même produire l'hydropisie. Au

(1) Bouillaud, *Traité clinique des maladies du cœur*. Paris, 1841, t. I, p. 234. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIV, p. 501 et suiv.

(2) Vernois, *Des bruits des artères*. Paris, 1837, in-4, avec pl.

(3) M. J. J. de la Harpe, *Nouvelles recherches sur le bruit de soufflet des artères* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 5 mars 1850 ; *Arch. gén. de méd.*, 1838, 3e série, t. III, p. 33 et 50).

(4) Aran, *Sur le murmure continu, vasculaire et composé* (*bruit de soufflet, bruit de diable*), in *Arch. gén. de méd.*, 1843, 4e série, t. II, p. 405.

(5) Becquerel et Rodier, *De l'anémie par diminution de proportion de l'albumine du sang, etc.* (*Comptes rendus de l'Acad. des sciences*, 1850, et *Union médicale*, 7 mars 1850).

reste, sous ce rapport, ces épidémies ne diffèrent pas de la plupart des autres, qui ont toujours quelque chose qui sort de la règle commune.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de l'anémie est graduelle ; lente dans les cas ordinaires, elle peut être très-rapide dans les épidémies et à la suite de saignées très-abondantes. La *durée* de l'affection ne peut être indiquée d'une manière précise. Elle peut être très-longue ; c'est ce qui a lieu dans l'anémie sporadique spontanée, et dans les cas où l'appauvrissement du sang est dû à des hémorrhagies très-peu abondantes, fréquemment et longtemps répétées. Quand la *terminaison* est favorable, on voit d'abord se colorer le bord libre des lèvres et des paupières ; les forces se relèvent ; la face perd son expression de langueur et de mélancolie. Puis les pommettes rougissent, et les diverses fonctions se rétablissent. Dans le cas contraire, on voit souvent, après plusieurs alternatives de mieux et de plus mal, les symptômes s'accroître rapidement, les accidents du tube digestif et l'infiltration augmenter, et les malades s'éteindre. L'hydropisie est une suite naturelle de l'anémie ; mais faut-il, avec Hoffinger, regarder la phthisie, qui s'est montrée quelquefois après cette affection, comme produite par elle ? Ce n'est pas vraisemblable.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* sont nombreuses, mais la principale est la diminution de la quantité normale des globules. Tandis que cette quantité est, terme moyen, 127 sur 1000, elle peut, dans l'anémie, descendre à 28 ; mais rarement la diminution est portée aussi loin, et les nuances sont nombreuses. Quant aux autres matériaux, Andral a trouvé que la fibrine et l'albumine du sérum ne diminuent pas, ou ne diminuent qu'assez tard dans l'anémie spontanée : preuve que la diminution des globules est son caractère anatomique essentiel. Il n'en est pas de même dans les anémies qui succèdent à des pertes de sang très-considérables ; alors la sécrétion qui se fait dans l'intérieur des vaisseaux pour combler le vide produit étant purement aqueuse, la proportion de la fibrine et de l'albumine peut être beaucoup moindre qu'à l'état normal. Dans ces cas, le sang qu'on trouve dans les vaisseaux ressemble à la sérosité rougeâtre de certains épanchements, et ce sont eux qui ont reçu plus particulièrement le nom d'*hydrémie*. Quant aux autres lésions, elles ne sont que des conséquences de cet état du sang ; ce sont : la vacuité des vaisseaux, la décoloration des tissus, les diverses infiltrations.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le diagnostic de l'anémie ne présente ordinairement aucune difficulté. Peut-être, dans quelques cas, on pourrait se demander si l'état de langueur, d'affaiblissement et de décoloration dans lequel se trouvent les malades, n'est pas causé par une maladie organique plutôt que par un simple appauvrissement du sang. On ne peut pas, à cet égard, établir de règle fixe de diagnostic : c'est au médecin à explorer les organes et les fonctions. On devra, en particulier, examiner le foie, dont les maladies se lient aux hydropisies, et donnent lieu à des colorations particulières qui pourraient en imposer.

Dans les épidémies observées chez les mineurs, on trouve quelques symptômes particuliers; mais il suffit d'être averti de leur existence pour qu'on ne s'en laisse pas imposer par eux. La maladie diffère d'ailleurs de toutes les autres par tant de points, qu'on n'en voit pas avec laquelle on pourrait la confondre.

Les anémiques sont sujets à des palpitations plus ou moins violentes, qui quelquefois ont été prises pour un symptôme de maladie du cœur (voy. CHLOROSE).

Le *pronostic* est très-variable suivant les cas. S'il s'agit d'une anémie survenue à la suite d'évacuations sanguines excessives ou d'hémorrhagies abondantes, on en triomphe facilement, à moins que les hémorrhagies n'aient pour cause une lésion grave. L'anémie spontanée est plus rebelle; mais si elle n'est due qu'à des conditions hygiéniques qui n'ont pas agi avec une énergie extrême, et qu'on peut aisément changer, on rend encore facilement les malades à la santé. Enfin, dans les épidémies chez les mineurs, on a pu, par un traitement approprié, guérir la grande majorité des malades; mais il en est quelques-uns qui, en dépit de tous les moyens, ont fini par succomber après un temps plus ou moins long. Il est bien entendu que nous mettons de côté les cas où l'état anémique est dû à une lésion organique chronique; la gravité de la maladie ne vient pas alors de l'anémie, mais de la lésion qui l'a causée.

§ VII. — Traitement.

Dans l'anémie qui survient après d'abondantes évacuations sanguines, il faut, si la maladie est portée au point de compromettre l'existence, ou si elle occasionne, au moindre mouvement, des syncopes effrayantes, placer les malades dans la *position horizontale;* interdire les grands mouvements; appliquer, si le cas est urgent, des *ligatures* sur les cuisses et les bras, pour maintenir dans le centre circulatoire une suffisante quantité de sang. Si l'hémorrhagie continuait, il faudrait s'empresser de l'arrêter par tous les moyens connus (1).

Après avoir paré à ces trois premiers inconvénients, il faut relever les forces et reconstituer le sang. On y parvient assez facilement, lorsque les accidents ne sont pas extrêmes, à l'aide des *toniques* et des *analeptiques :* le quinquina, un peu de vin généreux, la gelée de viande, etc. Pour hâter le retour à la santé, aucun moyen n'est préférable aux *ferrugineux.*

[Les lavements vineux, quart de litre, matin et soir, peuvent être très-avantageux.]

Von Mauthner (2) dit que l'*extrait de sang de bœuf* rend de très-grands services dans certains cas d'anémie chez les enfants quand les préparations ferrugineuses sont mal supportées. Il l'administre en poudre ou dissous dans l'eau, à la dose de 50 centigrammes jusqu'à celle de 4 grammes. *Pour préparer cet extrait,* il suffit de prendre du sang de bœuf frais, de le passer au tamis, et de l'évaporer au bain-marie jusqu'à siccité.

Quelques *frictions* sèches, aromatiques, sur les membres et sur la région précordiale; un *exercice modéré* dès que les forces le permettent; la soustraction des malades aux mauvaises conditions hygiéniques qui ont causé le développement de

(1) Voyez les art. ÉPISTAXIS, HÉMOPTYSIE, etc.

(2) Von Mauthner, *Du traitement de l'anémie dans le jeune âge par l'extrait de sang de bœuf* (*Annales de la Flandre occidentale*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 15 août 1851, t. XIX, p. 437).

la maladie, complètent ce traitement que nous avons détaillé dans le chapitre sur la chlorose.

[On a conseillé et pratiqué avec des résultats variables la transfusion du sang, surtout à la suite d'hémorrhagies abondantes, telles que les métrorrhagies.]

ARTICLE XI.

LEUCOCYTHÉMIE.

[Cette affection, décrite pour la première fois par Virchow (de Berlin), présente comme altération principale une augmentation considérable du nombre des globules blancs du sang ou leucocytes. Le nom que l'auteur allemand a primitivement donné à cette affection est celui de *leukämie* (λευκὸν αἷμα, sang blanc). Ce mot, transporté en français, est devenu *leukémie*, et est encore employé par quelques auteurs. Bennett (d'Edimbourg), qui réclame pour lui-même la priorité de cette découverte, a donné à l'affection le nom de *leucocythémie* (de λευκὸς κύρος, globule blanc, et αἷμα, sang), expression qui vaut mieux que celle de *leukémie*, laquelle ne convient que pour désigner une apparence laiteuse ou chyleuse du sang.

La leucocythémie, quoique récemment découverte, a déjà été le sujet d'un grand nombre de travaux en Allemagne, en France et en Angleterre.

§ I. — Historique.

En 1845, Virchow publia (1) une observation d'un exemple de maladie cachectique non décrite, et consistant principalement dans une altération spéciale du sang (caillots mous, blanchâtres, ressemblant à du pus). En 1847, cet auteur donna une nouvelle observation semblable (2) et appela cette maladie *leukämie*. Dans la même année, il publia un nouveau mémoire sur ce sujet (3). Il continua à signaler des faits semblables en 1848 et 1851. D'autres auteurs allemands, parmi lesquels Vogel, qui s'est principalement occupé de l'analyse micrographique et chimique du sang, Uhle (4), qui a réuni tous les faits connus de *leukämie*, et se montant à vingt-sept, Griesinger, de Pury, Schreiber, ont continué les recherches de Virchow, et ajouté de nouvelles observations à celles qui avaient été faites. Le plus important de tous ces travaux est le long mémoire publié en 1855 sur cette question par Virchow (5). L'auteur y reconnaît deux formes de *leukämie* : 1° la *leukämie splénique*, consistant dans l'augmentation du nombre des globules blancs avec hypertrophie de la rate ; 2° la *leukämie lymphatique*, caractérisée par l'augmentation du nombre des éléments lymphatiques, les globulins du sang avec hypertrophie des ganglions lymphatiques sans gonflement de la rate. Dans l'un et dans l'autre cas, le foie peut être malade.

Les médecins anglais ne sont point restés en retard sur les Allemands. En 1845 (6), Craigie et Hughes Bennett publièrent « *Deux observations de maladie*

(1) Virchow, Froriep's *Notizen*, n° 780.
(2) Virchow, Schmidt's *Jahrbücher*, Bd. LVII, § 182.
(3) Virchow, *Archiv für path. Anat. und Physiol.*
(4) Uhle, *Arch.*, Bd. V, § 316.
(5) Virchow, *Gesamm. Abhandlung. zur wissenschaftl. Med.* Francfort, 1855.
(6) *Edinburgh medical and surgical Journal*, octobre.

et d'hypertrophie de la rate, avec matière purulente dans le sang. » En 1846 (1), H. W. Fuller publia une observation intitulée : « *Hypertrophie de la rate et du foie, dilatation de tous les vaisseaux sanguins avec altération particulière du sang.* » En juin 1850 (2), Parkes inséra un fait de leucocythémie avec hypertrophie de la rate. En 1851, Bennett, revendiquant pour lui-même l'honneur de cette découverte, publia (3) un mémoire contenant vingt observations, avec une théorie de la nouvelle maladie, qu'il désigne sous le nom de *leucocythémie*. Cet auteur, se fondant sur l'opinion de Gerlach, qui admet que la rate et les glandes lymphatiques forment les globules du sang, donne la définition suivante de la leucocythémie : « Dans certaines hypertrophies des glandes lymphatiques, leurs éléments cellulaires se multiplient dans une proportion insolite, passant dans le sang, et y produisant une augmentation considérable dans le nombre des globules blancs. »

En France, nous citerons, outre l'observation de Barth en 1839, les articles remarquables de Leudet (4) et Robin, de Charcot (5), Bouchut, Vigla ; les observations de Goupil (6), Blache (7), Isambert, Woillez, Becquerel, Gubler, Corlieu (8), le mémoire d'E. Vidal (9) ; les leçons cliniques de Trousseau (10), etc. ; la thèse de Jules Simon (1861) est le résumé de nos connaissances sur la leucocythémie.

§ II. — Caractères généraux de l'affection.

La leucocythémie est une cachexie avec altération du sang et dépérissement progressif de l'individu. Cette cachexie, quelle qu'en soit du reste la cause occasionnelle ou déterminante, marche presque fatalement vers une terminaison funeste. L'altération du sang consiste dans l'accroissement énorme de la proportion des globules blancs du sang. La rate, le foie, les glandes lymphatiques, sont souvent hypertrophiés par le fait de cette affection. Jusqu'ici deux théories sont en présence pour l'expliquer : l'une est de Virchow, l'autre de Bennett. Ces deu auteurs pensent que l'altération du sang est consécutive à une altération des solides. L'un et l'autre admettent, comme point de départ de leur raisonnement, que la rate, la glande thyroïde, le thymus, les capsules surrénales, les ganglions lymphatiques, sont des organes d'hématose. Virchow professe que la rate et les autres glandes vésiculeuses sans conduit excréteur ont pour fonction de détruire les globules rouges ; la leucémie ne serait qu'une suractivité de ces glandes qui, sous l'influence d'une altération avec hypertrophie, détruiraient un plus grand nombre de globules rouges que dans l'état normal, et accroîtraient ainsi la proportion des globules blancs.

(1) *The Lancet*, juillet.
(2) Parkes, *Medical Times*.
(3) Bennett, *Edinburgh monthly Journal*, 1851.
(4) Leudet, *Bulletins de la Soc. anat.*, 1852 ; *Comptes rendus de la Soc. biol.*, 1853, et *Gaz. méd.*, 1853, p. 430, et novembre 1858.
(5) Charcot, *Bulletin de la Soc. biol.*, 1853.
(6) Goupil, *Soc. méd. des hôpitaux*, 1855.
(7) Blache, *Bulletin de l'Académe de médecine*, 1856, t. XXI, p. 398.
(8) Corlieu, *Gazette des hôpitaux*, 1861, n° 27.
(9) Vidal, *De la leucocythémie splénique* (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 1856).
(10) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., 1864, t. III, p. 543.

Bennett, voulant aussi trouver une théorie capable d'expliquer les faits pathologiques, admet que les *glandes lymphatiques*, c'est-à-dire la rate, la glande thyroïde, les ganglions lymphatiques, etc., engendrent les globules du sang, que ces globules sont d'abord incolores ou blancs (*leucocytes*), et qu'ils passent ensuite à l'état de globules rouges, par suite de modifications que leur font subir d'autres organes. La suractivité avec hypertrophie de ces glandes lymphatiques, en augmentant démesurément la proportion des globules blancs, produirait la leucocythémie.

Heller, en 1846, supposa que la présence des globules blancs, dans le sang, pouvait bien être le résultat d'une fermentation interne. Coze et Feltz (1), de Strasbourg, injectèrent un liquide putride dans les jugulaires de lapins; Brauell (de Dorpat) inocula le sang de rate, et, de part et d'autre, les expériences donnèrent une augmentation considérable des globules blancs.

Quoi qu'il en soit de ces explications théoriques faites à la hâte, et qui sont empruntées à une physiologie imparfaite, l'affection existe, est nettement différenciée des autres cachexies, et se reconnaît aux caractères suivants.

§ III. — Symptômes.

Les malades maigrissent et s'affaiblissent rapidement : l'état anémique et cachectique, accusé par la pâleur et l'altération des traits, va en croissant de jour en jour. Le plus grand nombre de ces malades ont les symptômes propres à l'anémie, bourdonnements d'oreille, troubles de la vue, céphalalgie, palpitations, etc. Vidal a noté, dans un cas, une névralgie sous-orbitaire. Charcot a signalé une lypémanie développée sous l'influence de cette affection. Leudet a noté la faiblesse de la voix. Dans le plus grand nombre des cas l'appétit est conservé, et il n'y a qu'exceptionnellement des troubles de la digestion. Ce n'est que dans les derniers temps de la maladie qu'on voit survenir des diarrhées quelquefois dysentériques ; on voit en pareil cas une altération des gencives pouvant aller jusqu'à l'ulcération, la sécheresse de la langue et une soif vive, phénomènes ultimes. Ce qui frappe le plus chez ces malades, amaigris souvent au point qu'on peut à première vue les croire phthisiques, c'est l'énorme distension de la base de la poitrine et du ventre par suite de l'hypertrophie de la rate et souvent du foie. La rate acquiert des dimensions considérables et telles que l'hypertrophie de cet organe par suite de fièvres intermittentes, en peut à peine donner une idée; la rate descend souvent dans la fosse iliaque et occupe une partie de la cavité du ventre; on la voit même s'étendre jusque vers le flanc droit. Le foie s'hypertrophie aussi, mais son accroissement est loin de présenter le même caractère insolite; le plus souvent il ne déborde les fausses côtes que de deux ou trois travers de doigt. Chez quelques malades les ganglions lymphatiques de l'abdomen, ceux des régions cervicale, axillaire, inguinale, s'hypertrophient et forment d'énormes tumeurs. On a noté une gêne de la respiration, une sorte d'anxiété, qui se manifestait dès le début de l'affection et qui ne s'expliquait pas suffisamment par l'état physique des organes de la respiration. On voit survenir souvent de l'œdème aux membres inférieurs, de l'ascite. Quelquefois l'œdème s'étend à tout le corps. La fièvre sur-

(1) Feltz, *Mémoire sur la leucémie*. Strasbourg, 1865, p. 22.

vient dans les derniers temps seulement. Au début, le pouls est lent, petit et ne dépasse guère 75 ou 80 pulsations. Lorsque la fièvre a pris le caractère hectique, le pouls devient fréquent et se maintient à 110 ou 120 pulsations. Il y a des accès de fièvre irréguliers et qui ne sauraient être aucunement confondus avec les accès réglés des fièvres intermittentes.

A mesure que la maladie marche et que la cachexie fait des progrès, il se manifeste une tendance aux hémorrhagies. La sortie du sang hors de ses voies naturelles a lieu principalement par les narines (épistaxis) et par l'intestin. On a noté le purpura et l'hémorrhagie cérébrale. Quelquefois il se fait des eschares aux parties sur lesquelles repose le corps. Enfin, quelques auteurs ont vu des épanchements de sang considérables dans les muscles et dans le tissu cellulaire sous-cutané, des furoncles. On reconnaît facilement, par ce qui précède, qu'il y a altération du sang et tendance aux hémorrhagies, à l'œdème, ainsi que cela se voit dans un certain nombre d'états cachectiques résultant de maladies chroniques ou d'altérations organiques de différents ordres. Il se produit aussi dans le cours, et surtout vers les derniers temps de l'affection, des complications dans divers organes, complications qui n'ont rien de spécial. Peut-être la maladie de Bright doit-elle être considérée comme une des complications les plus fréquentes.

§ IV. — Durée.

Si l'on considère que cette affection n'est aperçue qu'alors qu'il existe déjà une détérioration profonde de l'organisme, et que l'hypertrophie de la rate ou des ganglions est considérable, on verra qu'il est difficile d'en déterminer exactement la durée.

La durée de la leucocythémie peut être de un mois à six ans ; la durée moyenne est de un an à un an et demi.

§ V. — Pronostic.

Jusqu'à présent on a lieu de penser que lorsque cette affection est confirmée, elle entraîne nécessairement la mort.

§ VI. — Anatomie pathologique.

Pendant la vie les caractères du sang sont les suivants. Il a perdu sa couleur rutilante et est d'un brun chocolat. Si l'on emploie le procédé de Vogel, qui consiste à défibriner le sang par le battage, on voit au bout de peu de temps se former deux couches : l'une, inférieure, d'un rouge brun ; l'autre, supérieure, d'un blanc laiteux. C'est cette apparence qui a fait donner à l'affection le nom de *leukémie*, et qui avait fait penser à Bennett que le sang était purulent. L'examen fait au microscope montre que les globules blancs du sang sont en proportion plus grande qu'à l'état normal, et qu'ils n'ont point tout à fait le même aspect. En ce qui concerne leur nombre, tandis qu'à l'état normal ils doivent être, par rapport aux globules rouges chez l'adulte, dans la proportion de 1 pour 200 ou 300, on les trouve dans la leucocythémie, dans le rapport de 1 à 3, et quelquefois de 1 à 2. On comprend combien un pareil changement d'état du sang est caractéristique ; d'ailleurs,

l'anémie, les différentes cachexies résultant d'autres maladies chroniques ou organiques n'amènent jamais une altération qui ait le moindre rapport avec celle-là. Les dimensions des leucocytes changent aussi, et ces globules sont à la fois augmentés de volume et pourvus de noyaux pouvant varier de deux à quatre ; outre ces globules blancs, on trouve des noyaux libres, identiques avec les globulins du sang et de la lymphe.

Le sang présente quelques modifications dans sa composition chimique. L'analyse chimique, du reste, ne saurait donner encore de nos jours sur ce point des renseignements exacts, et les véritables chimistes s'abstiennent de tirer parti de résultats nécessairement imparfaits.

Après la mort, l'altération du sang est visible sans l'intervention de l'analyse physique ou chimique. Le sang est plus pâle et les vaisseaux et le cœur contiennent des caillots mous d'une couleur blanchâtre tirant sur le jaune. Charcot et Robin ont signalé une grande quantité de cristaux losangiques réguliers et colorés en jaune rougeâtre.

Les altérations des solides, et principalement des ganglions, de la rate, du foie, sont les suivantes. Augmentation énorme du volume de la rate, qui peut atteindre jusqu'à 41 centimètres de long. Cet organe, à la coupe, est assez solide, ferme, rouge brun, cassant. On y a vu des dépôts blancs solides plastiques. L'examen micrographique fait reconnaître que ce n'est pas un engouement, une imbibition, une augmentation du volume seulement, mais une véritable hypertropie qui se produit alors, et que le nombre des éléments anatomiques considérés comme jouant un rôle actif dans les fonctions de l'organe y est énormément accru. Il en est de même pour les ganglions. Le foie présente, à un moindre degré, le même phénomène; on a noté (Leudet) la possibilité du développement de la cirrhose par le fait de la leucocythémie.

§ VII. — Nature de la maladie.

C'est une cachexie de nature spéciale, qui paraît débuter par une altération de la rate et des ganglions lymphatiques, souvent du foie. Cette cachexie a pour caractère essentiel la prédominance des globules blancs du sang. Est-elle la conséquence d'un état morbide antérieur ; est-elle une maladie secondaire favorisée par l'hypertrophie de la rate (Bennett, Virchow, Vogel, Vigla, Charcot) ; par l'hypertrophie des ganglions lymphatiques (Virchow, Schreiber) ; par l'hypertrophie des glandes de Peyer (Schreiber) ; par l'hypertrophie du foie (Virchow); est-elle enfin le résultat d'une fermentation interne (Heller, Coze, Feltz) (1)? On ignore positivement comment elle se forme ; elle est une complication, une conséquence *possible*, mais non pas *obligée*, des lésions organiques que nous venons d'indiquer.

§ VIII. — Causes.

On rencontre cette maladie deux fois plus souvent chez les hommes que chez les femmes ; c'est dans l'âge adulte, de vingt à cinquante ans, qu'elle a sa plus grande fréquence ; cependant Trousseau (2) l'a observée chez un enfant de

(1) Feltz, *Mémoire sur la leucémie*. Strasbourg, 1865.
(2) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., t. III, p. 550.

quinze mois; Corlieu (1), chez un garçon de neuf ans. Golitzinsky, de Moscou (2), dit avoir fréquemment rencontré la leucémie lymphatique sur les cadavres des enfants à la mamelle. Les miasmes palustres, aussi bien que les mauvaises conditions hygiéniques, que les excès alcooliques, que les cachexies, peuvent la déterminer.

§ IX. — Traitement.

Tous les moyens rationnels ont été employés sans succès contre cette maladie. On en est réduit à un traitement empirique; les préparations de quinquina, le fer réduit, le perchlorure de fer, tous les amers, tous les corroborants, les lavements vineux, les gelées de viandes, l'huile de foie de morue, le soufre, l'arsenic, l'iodure de potassiun, les mercuriaux, etc., ont constamment échoué. Cependant Addinel Hewson cite une guérison par le mercure. Nous l'avons employé sans succès.]

ARTICLE XII.

SCORBUT.

Le scorbut ne saurait être rattaché à aucune lésion locale considérée comme cause de la maladie. Primitivement, on ne trouve rien dans cette affection qui ne puisse être expliqué par une altération profonde du sang, source de tous les symptômes. Il n'y a point de discussion à ce sujet, et c'est ce qui nous autorise à placer la description du scorbut dans ce chapitre plutôt que dans tout autre où diverses lésions et divers symptômes pourraient engager à l'introduire.

Le scorbut a-t-il été connu dès les premiers temps de la médecine? On a cité Hippocrate, qui a fait une description rapide d'une affection qui présente plusieurs symptômes du scorbut, et Celse, qui a répété cette description (3), puis Arétée, Paul d'Égine, Pline, etc. Sans nier que les descriptions de ces auteurs puissent se rapporter à cette maladie, on ne peut s'empêcher de reconnaître qu'elles sont très-vagues et très-incomplètes, et qu'elles laissent des doutes dans l'esprit du lecteur le plus prévenu.

[La plus ancienne relation historique du scorbut est celle du sire de Joinville, qui signale la mortalité que détermina cette maladie, en 1260, dans l'armée de Louis IX, en Égypte, par suite du manque de vivres et d'eau potable. A l'époque où commencèrent les grands voyages de circumnavigation, le scorbut se montrant dans toute son intensité et sous forme d'épidémies terribles, les descriptions devinrent claires et précises. Pendant le voyage de Vasco de Gama, qui, le premier, doubla le cap de Bonne-Espérance pour aller aux Indes orientales, plus de cent hommes sur cent soixante qui formaient son équipage, moururent de cette maladie. L'histoire des découvertes des Portugais par Lopez de Castennada, contient la première relation de cette affection observée à la mer. A bord des bâtiments de Cartier, de Cavendish, d'Anson et du capitaine Cook, le scorbut sévit également avec violence. Les ravages qu'il fit pendant les XVe, XVIe, XVIIe et XVIIIe siècles dans les flottes, les armées et les populations de certaines contrées de l'Europe, furent tels, que peu

(1) Corlieu, *Gazette des hôpitaux*, n° 27, 1861.
(2) Golitzinsky, *Allgem. medicin. Central-Zeitung*, n° 47.
(3) A. C. Celsus, *De Medicina*, lib. II, cap. VII.

de maladies ont attiré l'attention à un aussi haut degré. Le nombre des publications dont le scorbut a été l'objet est immense, les matériaux propres à tracer son histoire abondent ; le seul embarras est d'en renfermer la substance dans les limites d'un article.]

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'altération du sang, qui est la principale lésion du scorbut, n'étant pas aussi parfaitement connue que celle de l'anémie, on en est réduit à définir cette affection par ses symptômes : [Le scorbut est une maladie générale, non fébrile, caractérisée par l'abattement des forces, l'affaissement moral ; par des taches livides sur la peau, des ecchymoses sous-cutanées, des ulcères ; par des hémorrhagies spontanées, multiples, provenant des muqueuses, surtout de la muqueuse des gencives qui, le plus souvent, sont ramollies et fongueuses ; enfin, fréquemment, par des contractures des membres inférieurs.

Le nom de scorbut, dérivé, suivant Lind, du mot slave *scorb*, est représenté, dans les langues étrangères, par des mots analogues : *scurvy* (angl.) ; *Scharbock*, *skorbut* (all.) ; *scheurbink* (holl.) ; *scorbuto* (ital.) ; *escorbuto* (esp.) En raison de la prédominance de certains symptômes, on l'a désigné aussi par les noms de *stomacace* (Pline), *porphyra nautica* (Mason Good). On lui a donné également les noms de *maladie hollandaise*, de *mal de Loanda* (esp., portug.), en raison de sa fréquence ou de sa gravité dans certaines contrées.

Après avoir fait d'innombrables victimes pendant les quatre siècles qui précèdent le nôtre, cette maladie, grâce aux progrès de l'hygiène, a singulièrement perdu de sa fréquence et surtout de sa gravité. Mais, dans des circonstances difficiles, en temps de guerre spécialement, les armées de terre et de mer sont encore loin d'être exemptes de ce fléau, comme l'a prouvé la campagne de Crimée (1).

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.* — Le scorbut est dû à l'influence plus ou moins prolongée d'un ensemble de conditions hygiéniques défectueuses. S'il se montre plus fréquemment à bord des bâtiments qu'à terre, c'est parce que le séjour à la mer entraîne surtout des modifications profondes dans l'alimentation de l'homme ; mais la *navigation* n'est nullement, ainsi qu'on l'a cru à tort, une condition essentielle de son développement. Tout ce qui vient porter atteinte à la nutrition et à la réparation des forces peut être considéré comme cause prédisposante de cette maladie ; si elle s'observe, en temps ordinaire, à terre, particulièrement dans les hospices consacrés à la vieillesse, c'est que les sujets qui s'y trouvent rassemblés ont déjà une constitution détériorée par la misère, les maladies antérieures et les années. Les hommes adultes en sont plus souvent

(1) « Le scorbut était notre plus cruel ennemi, dit le docteur Macleod, et fit périr plus de « soldats blessés que la balle conique elle-même ». (Macleod, *Notes on the surgery of the Crimean War*, p. 26.) D'après les statistiques de Scrive, du mois de septembre 1854 au mois de juillet 1856, on avait reçu dans les ambulances et hospices 23 365 scorbutiques, 639 de ceux-ci moururent, et sur 17 576 autres qui avaient été transférés ailleurs, 3380 succombèrent.

atteints que les femmes et les enfants, attendu que ce sont les hommes, à la période moyenne de la vie, qui se trouvent soumis aux dures nécessités de la guerre et des longues traversées. Dans les circonstances calamiteuses, pendant les longs siéges, le scorbut frappe également les divers éléments d'une population, sans distinction de *sexe* ni *d'âge*. Les *saisons* n'ont d'influence sur son apparition qu'en raison des intempéries et de la privation de fruits, de végétaux frais, que leur succession entraîne. Les passions tristes peuvent jouer, à la fois, le rôle de causes prédisposantes et de causes occasionnelles.

2° *Causes occasionnelles.* — On a, de tout temps, attribué une part considérable à l'*humidité unie au froid*, dans la production du scorbut. Elle agit en diminuant les fonctions de la peau et en déprimant l'innervation. Aussi, est-ce dans les contrées froides, brumeuses, pendant la mauvaise saison des climats tempérés, durant les traversées contrariées par de gros temps, au milieu des camps établis sur un sol détrempé, à bord des bâtiments construits avec de mauvais bois ou faisant beaucoup d'eau, qu'on voit particulièrement apparaître cette maladie. Mais elle se développe également malgré la beauté du climat, pendant la saison chaude, comme on a pu le constater en Crimée, aussi bien, à terre, parmi les soldats, qu'à bord des bâtiments, parmi les équipages (1). Pendant l'hivernage des climats tropicaux, alors que l'humidité est extrême, lorsque d'autres circonstances hygiéniques fâcheuses viennent coïncider, le scorbut peut se montrer avec tout autant d'intensité que dans les contrées froides et humides. Souvent, dans les pays chauds, il vient se confondre avec la cachexie palustre. Si dans le cours d'une navigation, on le voit apparaître, ou s'aggraver à l'approche des latitudes froides, il ne faut pas oublier de tenir compte de la durée d'action des causes productrices pendant le temps que le navire était dans des parages tempérés ou chauds. On a injustement accusé l'*air marin* qui est, au contraire, bienfaisant par sa pureté et sa puissance vivifiante, c'est l'*atmosphère viciée du navire* qu'il faut incriminer; elle a certainement une influence débilitante qui se manifeste surtout chez les hommes que leurs fonctions retiennent dans les profondeurs de la cale, tels que les *chauffeurs*, les *cambusiers*. Les bagnes, les prisons, les galeries de mines, les habitations, en un mot, humides, privées de lumière et dont l'air n'est pas convenablement renouvelé, placent les individus qui y séjournent, sous l'imminence du scorbut. Mais, il faut le reconnaître, les influences atmosphériques sont insuffisantes pour faire naître cette maladie, tant qu'elles sont neutralisées par une alimentation saine, abondante et variée. C'est dans les éléments du régime que l'on trouve la source la plus puissante de l'altération spéciale du sang qui donne lieu aux symptômes scorbutiques. On a cru, pendant longtemps, que la cause unique de cette altération était une alimentation exclusivement ou presque exclusivement composée de *salaisons;* sans aucun doute, ce régime exclusif porte, à la longue, une atteinte profonde à la nutrition, mais ce n'est pas le chlorure de

(1) Mauger, *Étude des causes et du traitement du scorbut observé dans la mer Noire pendant la campagne de Crimée* (thèses de Paris, 1856). — Le Bret, *Mémoire sur le scorbut de l'armée d'Orient* (*Annales de la Société d'hydrologie médicale*, 1856-1857, t. III, p. 194). — Tholozan, *Gazette médicale*, 1855, n° 27. — Le Bozec, *Relation médicale de la campagne du vaisseau* l'Alger, *dans la mer Noire* (thèses de Montpellier, 1858).

sodium dont la viande est imprégnée qu'il faut seul accuser. Lind, lui-même, et beaucoup d'autres observateurs, ont reconnu que le scorbut pouvait guérir, malgré l'usage d'une notable quantité de sel marin ou d'eau de mer prise chaque jour, si, par ailleurs, les autres conditions hygiéniques se trouvaient heureusement modifiées. Mais la viande salée, surtout celle qui a été longtemps conservée, a perdu une partie de ses principes nutritifs qui ont passé dans la saumure, par suite, la ration journalière devient insuffisante en quantité et en qualité. Toutefois, de nombreux exemples prouvent que le scorbut s'est néanmoins montré, à la mer, comme à terre, lors même que la viande fraîche entrait pour une part assez large dans le régime. L'absence de fruits et de végétaux pourvus de leur eau de végétation paraît manifestement avoir une action bien plus préjudiciable sur la nutrition, on lui a même attribué une importance capitale; déjà, en 1734, Bachstrom (1) avait très-nettement formulé son opinion sur ce sujet. Quelques observations, passibles de légitimes critiques, et recueillies, pour la plupart, à bord des navires, tendraient à établir que malgré l'usage de légumes frais le scorbut a pu apparaître. En tout cas, il en serait pour cette affection générale comme pour beaucoup d'autres, c'est-à-dire que très-rarement une cause unique parvient à rendre suffisamment compte de la production de l'état morbide. Aussi ne doit-on ajouter aucune confiance aux opinions exclusives basées sur des idées chimiques qui regardent le scorbut comme dû, soit à l'absence de potasse dans les aliments (Garrod) (2), soit à celle de l'acide phosphorique (Morgan, de Dublin) (3). Il est plus sage de reconnaître que l'étiologie de cette affection est toujours complexe, que dans les subordinations des éléments étiologiques, l'*insuffisance* de la ration, en *quantité* et en *qualité*, la *monotonie* du régime, le défaut de certains principes alimentaires, la *mauvaise qualité des denrées* et surtout de l'eau potable, occupent le premier rang. Aux vices de l'alimentation faut-il encore, le plus souvent, ajouter l'influence des milieux, le défaut de vêtements secs et suffisamment protecteurs, les fatigues de toute nature, les passions tristes, les maladies antérieures, particulièrement la cachexie paludéenne, la dysenterie, enfin, la misère sous toutes ses formes. Ce dernier mot exprime, mieux que ne le feraient de longs détails, l'ensemble complexe des causes débilitantes qui, peu à peu, amènent l'apparition de cette maladie, véritable sujet de terreur dans les siècles derniers. Hoffmann, Boerhaave, ont admis que le scorbut pouvait se transmettre des pères aux enfants. Cette opinion ne soutient pas le moindre examen. Il faut également repousser la *contagiosité* du scorbut. Quand

(1) « Faute de faire une attention convenable à l'histoire du scorbut, on a supposé généra-
» lement que le froid, dans les pays septentrionaux, l'air de la mer, l'usage des aliments
» salés, etc., étaient la cause du scorbut. Mais c'est sans raison qu'on a fait cette supposition;
» car cette calamité n'est due qu'à l'abstinence totale des aliments végétaux frais. Cette absti-
» nence est la seule, la véritable et la première cause du scorbut. Lorsque par négligence ou
» par nécessité, on demeure pendant un temps considérable sans manger de fruits récents ou
» de légumes, nul âge, nul climat, nul terrain, n'est à couvert de ses attaques. Il y a d'autres
» causes secondaires qui peuvent concourir au même effet; mais l'expérience prouve que les
» végétaux récents seuls préservent de cette maladie, et qu'ils la guérissent assez prompte-
» ment, même dans peu de jours, lorsqu'une hydropisie ou une consomption ne réduisent pas
» le malade à un état désespéré. » (Bachstrom, *Observationes circa scorbutum*, etc.)

(2) Garrod, *Monthly Journ. of med science*, janvier 1848.

(3) Morgan (de Dublin), *Nouveau procédé pour la conservation des viandes alimentaires*. Traduit de l'anglais. Paris, 1865.

un grand nombre d'hommes se trouvent soumis aux mêmes influences fâcheuses, comme dans les bagnes, les villes assiégées, les camps, à bord des bâtiments, on voit la maladie revêtir le caractère d'*épidémicité*. Il serait peut-être plus correct de dire qu'elle est alors *endémique*, car les conditions hygiéniques mauvaises étant communes, on peut d'avance prévoir, d'une manière certaine, l'apparition du scorbut, si elles se prolongent; il n'y a donc pas ici cette inconnue qui nous échappe presque toujours à l'origine des épidémies proprement dites. On pourrait, à volonté, faire naître le scorbut, ce qui ne peut se faire pour le choléra, la peste, la dysenterie par exemple; c'est proclamer, du même coup, toute la puissance d'hygiène quand il s'agit de a prévenir ou de la combattre.

§ III. — Symptômes.

Au *début*, on observe d'abord un sentiment de lassitude générale, une aversion marquée pour tout travail, de la tendance à l'isolement. Les hommes qui, à l'état de santé, étaient les plus actifs, lorsqu'ils commencent à souffrir du scorbut, restent couchés et recherchent le repos par-dessus tout ; après le plus léger effort, ils sont essoufflés, ils se sentent harrassés, ils éprouvent, dans tout le corps, des douleurs gravatives, qu'on est souvent porté à regarder comme de nature rhumatismale. La physionomie est triste, le visage offre une coloration particulière ; ce n'est pas la pâleur des convalescents qui relèvent de longue maladie, mais une teinte terreuse, puis brunâtre, qui présente une certaine analogie avec celle de la période cyanique du choléra (M. Duval) (1). La conjonctive, les lèvres, toutes les parties habituellement rouges, prennent un aspect terne et décoloré, comme sous l'action d'un froid intense; plus tard, la pâleur du visage offre une nuance verdâtre. La peau, d'abord sèche et rugueuse, se recouvre de petites élevures qui portent à leur sommet un point vésiculeux d'un jaune rougeâtre (peau *ansérine*). Après quelques jours, ce point vésiculeux devient plus rouge et plus apparent, il prend une teinte plus foncée, sa base se déprime et il ne reste qu'une petite tache saillante de couleur pourpre livide (*piqueté scorbutique*). Ces taches s'agrandissent; elles sont arrondies, acquièrent la largeur d'une lentille et plus, elles peuvent se montrer partout, voire même, quoique rarement, aux conjonctives, aux paupières (surtout à l'inférieure), sur tous les points du corps qui sont déclives ou soumis à quelque pression, mais leur siége de prédilection *est aux membres inférieurs* (M. Duval). Cet état rugueux de la peau dite *ansérine*, qu'on a comparé aussi à la peau d'une oie plumée (*gooseskin appearance*), et le *piqueté scorbutique* apparaissent dix et même vingt jours avant que les gencives se prennent (Rouppe) (2); ces signes sont pathognomoniques.

Les gencives deviennent saillantes, molles, d'une teinte violacée, saignent à la moindre pression, elles s'ulcèrent; l'haleine prend une odeur désagréable, fade, infecte. Cette fétidité, qui tient surtout à la présence du sang altéré mêlé à la salive, n'a rien de spécial, rien qui la distingue de celle qui accompagne les autres affec-

(1) Marcellin Duval, *Mémoire sur le choléra-morbus asiatique observé au bagne de Brest en* 1849. Paris, J. B. Baillière, 1853.
(2) Rouppe, *De morbis navigantium*, 1764, p. 95.

tions de la muqueuse buccale, aussi ne nous paraît-il pas juste d'en faire un caractère distinctif, à l'exemple de W. Kerr (1). Chez un certain nombre de scorbutiques, les gencives peuvent même rester intactes. M. Duval a fait la remarque qu'il existe, assez souvent, un contraste frappant entre la présence de larges ecchymoses aux membres inférieurs et l'état normal ou presque normal des gencives; *vice versâ*, en l'absence de toute ecchymose, les gencives peuvent être fongueuses, même ulcérées. Cette observation a été confirmée par celles de Mauger, Le Bozec (2) et d'autres médecins de la marine. Ordinairement, une salivation plus ou moins abondante s'établit. Rouppe avait remarqué qu'elle dominait spécialement chez ceux qui abusent du tabac (à chiquer surtout), que, chez ces sujets également, les dents vacillent plus tôt et les gencives s'ulcèrent plus rapidement.

A mesure que la maladie se prononce, en outre des taches superficielles, il survient de véritables *ecchymoses* sous-cutanées, soit spontanément, soit sous l'influence de la plus légère contusion; leur étendue est très-variable, elles peuvent occuper la plus grande partie d'un membre. Des infiltrations sanguines plus ou moins considérables se forment dans les différents tissus. Lorsqu'un membre, pour une cause quelconque, et surtout un des membres inférieurs, est condamné à un repos un peu prolongé, il devient bientôt le siége d'une ecchymose. Assez fréquemment, un simple piqueté existe sur la face antérieure des membres, tandis que de larges ecchymoses se présentent à la face postérieure, au creux du jarret, autour des articulations du genou et du pied, avec un gonflement prononcé et une dureté parfois ligneuse.

Les douleurs articulaires augmentent et donnent lieu à de cruelles souffrances; assez souvent les jambes restent fléchies, se rétractent énergiquement, au point que les talons viennent à se mettre au contact des tubérosités ischiatiques. Un gonflement œdémateux, remarquable surtout à la face chez les sujets qui restent couchés, se montre autour des malléoles, lorsque la station s'est prolongée pendant quelque temps. Dans les pays tropicaux, où souvent le scorbut se confond, soit avec l'anémie simple, soit avec la cachexie palustre, nous avons remarqué que l'œdème s'observait plus fréquemment et à un plus haut degré que dans les contrées froides ou tempérées.

Les élancements douloureux dont les articulations sont le siége, ne sont pas les seuls dont se plaignent les malades; ils en accusent aussi dans la partie moyenne des membres, et particulièrement dans un des côtés de la poitrine.

Dans les premiers temps de la maladie, les troubles des fonctions digestives ne consistent guère que dans une *constipation* assez opiniâtre, avec ballonnement du ventre et sensation de pesanteur à l'épigastre. Ordinairement, l'appétit persiste, mais l'état de la bouche vient bien souvent apporter une très-grande difficulté à l'alimentation, tant les gencives sont fongueuses, ulcérées, et les dents vacillantes. La soif est rarement augmentée.

Le *pouls* ne présente rien de remarquable, si ce n'est qu'il est facile à déprimer, ralenti et parfois intermittent. Le *bruit de souffle* dit *carotidien*, à double courant, est loin d'être constant; chez un même malade, il paraît et disparaît par intervalle (M. Duval).

(1) W. Kerr, *Cyclop. of pract. med*, vol. III, article SCORBUTUS.
(2) Voyez thèses citées.

Les scorbutiques sont très-sensibles au froid ; la *température* des extrémités est abaissée. Lorsque dans le cours de la maladie, un organe important devient le siége d'une inflammation, le pouls peut alors varier entre 100 et 120, mais il est faible et dépressible. Si les douleurs ne sont pas violentes, le *sommeil* ne fait pas défaut. Les *facultés intellectuelles*, sauf les cas de complications, ne sont pas troublées, mais les malades sont tristes, découragés, et envisagent tout sous des couleurs sombres. Le plus souvent, ils restent plongés dans une apathie profonde.]

A une époque plus avancée de la maladie, ou même dès les premiers temps, dans certains cas (car le scorbut ne présente pas ces périodes tranchées qu'on a voulu lui assigner), ces symptômes sont portés au plus haut degré, et quelques-uns prennent un nouveau caractère. La faiblesse est poussée jusqu'au collapsus, et il y a tendance à la *syncope* au moindre mouvement. Les points où s'étaient formées des ecchymoses deviennent le siége d'*ulcères* fongueux, sanieux, saignant au moindre contact, ne fournissant pas de pus véritable, ayant des bords élevés et gonflés, une surface irrégulière. Parfois la destruction des tissus y marche avec une grande rapidité. Les tendons, les os, peuvent être ainsi mis à nu.

Lorsque le *ramollissement*, la *fongosité* et l'*ulcération des gencives* sont portés au plus haut degré, les dents sont ébranlées, et même tombent d'elles-mêmes, sans que pour cela la carie des mâchoires, pas plus que celle des autres os, soit un accident fréquent.

C'est alors principalement qu'on voit survenir des *hémorrhagies* par les surfaces muqueuses : les fosses nasales, le palais, le canal intestinal, la vessie. Les selles deviennent plus fréquentes et sanguinolentes, et ces pertes ajoutent encore à la faiblesse générale. [En l'absence même de suffusions séreuses appréciables dans les plèvres ou le péricarde, on se rend compte de l'essoufflement, de l'anxiété, de la dyspnée, qui s'observent chez les scorbutiques avancés ; la station verticale, le moindre effort, peuvent suffire pour amener une syncope quelquefois mortelle.

Dès le commencement du siècle, un grand nombre d'observateurs, et particulièrement les médecins de la marine, ont signalé la coïncidence de l'héméralopie et du scorbut. En présence des faits nombreux qui prouvent que non-seulement il n'y a pas de relation entre l'intensité du scorbut et l'apparition des troubles de la vision, mais encore que très-souvent l'héméralopie peut entièrement faire défaut pendant l'épidémie scorbutique la plus sérieuse, il est impossible de ranger cette altération sensorielle au nombre des symptômes ordinaires du scorbut. Cependant on ne peut nier que, dans certaines circonstances, sous l'influence prolongée d'une grande intensité lumineuse, par exemple, le scorbut ne soit une cause prédisposante de l'héméralopie. Il est parfaitement établi, en outre, que les conditions hygiéniques, propres à la guérison du scorbut, font également disparaître très-rapidement l'héméralopie (1).

Chez les scorbutiques, il est fréquent de voir des plaies anciennes se rouvrir et devenir ulcéreuses; les fractures récentes ne se consolident pas, tant que dure la maladie, celles dont le cal est en voie de formation même déjà avancée, présentent, de nouveau, de la mobilité dans les fragments. Mauger a constaté l'exactitude de l'assertion émise par Lind et Rouppe : lorsqu'un scorbutique vient à être atteint de

(1) Ch. Quémar, *Scorbut et héméralopie scorbutique*, thèse de Montpellier, 1858.

luxation, d'entorse, de contusions, de fractures, de plaies de l'un des membres inférieurs, le lieu de la lésion devient bientôt le siége d'ecchymoses et d'hémorrhagies à un degré beaucoup plus fort que sur les autres parties du corps. Lind avait déjà remarqué, avec autant de raison, que les scorbutiques étaient plus facilement que tout autres atteints des maladies épidémiques régnantes, qui présentaient, chez eux, une intensité beaucoup plus grande.

Pendant les mauvais jours de la campagne de Crimée, la pneumonie, la dysenterie, la variole, le typhus, le choléra, les fièvres rémittentes, trouvaient, dans le scorbut qui formait le fond de la constitution médicale, un élément de gravité dont il fallait tenir grand compte pour le traitement (1).]

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche du scorbut est toujours croissante, depuis l'apparition de la faiblesse générale jusqu'aux derniers accidents, tant que les conditions fâcheuses qui lui ont donné naissance continuent d'exister. [Certaines circonstances secondaires peuvent imprimer à la maladie revenant sous forme endémique, une aggravation sensible et augmenter le nombre des cas. Ainsi, des pluies abondantes, des brouillards, qui détrempent le sol et imprègnent tous les vêtements d'humidité, un surcroît de fatigue, une défaite qui jette la démoralisation dans les esprits, donneront une nouvelle activité au fléau qui absorbe les forces vives d'une armée en campagne; au contraire, un beau temps sec et chaud, une bonne brise après une série de coups de vent, l'approche de la terre ou d'une relâche désirée, sont autant de circonstances favorables à la diminution de l'endémie, qui peut parfois, faute de bras pour le manœuvrer, placer un bâtiment à voiles dans une position très-critique. On conçoit sans peine que la *durée* de la maladie soit très-variable et qu'il soit impossible d'en fixer la limite.] Quant à sa *terminaison*, tout le monde sait combien fréquemment elle est funeste lorsqu'on ne peut pas soustraire les malades aux influences hygiéniques qui ont occasionné le scorbut. Épuisés par les hémorrhagies, dévorés par les ulcères, exposés à tous les désordres qui résultent d'une altération profonde du sang, ils succombent dans un état de collapsus extrême, en conservant néanmoins presque toute leur intelligence. Dans les cas de terminaison favorable, l'amélioration se fait d'abord sentir dans l'état des forces; les malades se trouvent moins abattus, puis, les taches ecchymotiques s'affaiblissent et disparaissent; les hémorrhagies se suspendent; les gencives prennent un meilleur aspect, et enfin le malade recouvre la santé, en conservant plus ou moins longtemps un reste de faiblesse.

§ V. — Lésions anatomiques.

La lésion principale est dans le sang lui-même. Fluide, remplissant les vaisseaux, noir, parfois de couleur verdâtre, il ne présente pas de coagulum, ou ne contient que quelques grumeaux sans consistance, comme le sang extrait de la veine pendant la vie. Suivant Andral (2), le nombre des globules n'est nullement diminué dans le scorbut; il n'en est pas de même de la fibrine, qui est dans une proportion bien inférieure à celle qui constitue l'état normal. De là, suivant cet auteur, la dif-

(1) Voyez Mauger, Le Bozec, thèses citées.
(2) Andral, *Hématologie pathologique*, p. 128.

férence qui existe, relativement à l'hémorrhagie, entre la chlorose et le scorbut. Cet accident, si fréquent dans cette dernière maladie, est rare dans la chlorose. En produisant artificiellement la défibrination du sang chez les chiens, Magendie (1) a donné lieu à un état qui a de l'analogie avec le scorbut, soit sous le rapport des lésions, soit sous le rapport des symptômes.

Les autres lésions sont évidemment une conséquence de cette altération. Les taches observées pendant la vie, les suffusions, les infiltrations sanguines dans le tissu cellulaire, la destruction des gencives, les ulcères plus ou moins vastes dans les divers points du corps, ont déjà été signalés. Dans les organes parenchymateux, on trouve un engorgement sanguin, et parfois de véritables foyers sanguins, sanieux, purulents. La rate est surtout remarquable par son gonflement; elle peut être doublée et triplée de volume. Mead l'a vue, dans un cas, peser cinq livres et un quart. C'est cet état de la rate qui a été principalement mentionné dans Hippocrate et Celse, lorsque l'on a cru trouver une description du scorbut. La destruction des articulations, la séparation des cartilages, des abcès développés dans les ganglions, ont été quelquefois observés; mais ces lésions, qui ajoutent à la gravité de la maladie, n'en sont pas moins très-secondaires.

Tel était l'état de la science lorsque parut la première édition de cet ouvrage; mais dans une épidémie de scorbut dont Fauvel, de Constantinople (2), nous a donné une très-bonne description, les choses se sont montrées bien différentes.

« 1° L'examen du sang chez les sujets affectés de cette épidémie, disent Becquerel et Rodier (3), n'a révélé aucun des caractères de dissolution décrits par les anciens, regardés par eux comme constants, et admis comme tels sans contestation. L'augmentation de l'alcalinité de ce liquide ou une proportion plus considérable des sels du sang n'a pas été non plus constatée.

» 2° Le sang était notablement appauvri en globules et en albumine soluble, et, par conséquent, plus riche en eau. Cet appauvrissement tient sans doute à la diminution très-sensible de l'appétit des malades, et ne doit point être considéré comme la cause de l'affection scorbutique. Il est toutefois remarquable qu'avec cet état anémique bien caractérisé, *il n'ait existé aucune trace de bruit de souffle* dans le système circulatoire.

» 3° La *fibrine*, que l'on devait s'attendre à trouver diminuée ou au moins modifiée dans ses propriétés, *s'est présentée dans des proportions normales*, ou *sensiblement augmentée*, et avec les caractères qu'elle offre dans l'état de santé.

» Enfin, la seule modification positive que l'on ait pu constater dans le sang a été une diminution de densité, qui est loin d'être proportionnelle à l'abaissement du chiffre des matériaux solides du fluide sanguin.

» Cet abaissement de la densité est-il le résultat d'une modification quelconque, inconnue dans sa nature, des principes solides du sang? Joue-t-il un rôle dans la production de la maladie, et est-il le point de départ des infiltrations sanguines? Nous l'ignorons, disent en terminant les auteurs, et nous nous bornerons à citer ici le fait sans l'interpréter. »

(1) Magendie, *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*. Paris, 1842, t. IV.
(2) Fauvel, *Mémoire sur le scorbut observé à la Salpêtrière en* 1847, *et sur la composition du sang dans cette maladie* (*Archives de médecine*, 1847, t. XIV).
(3) Becquerel et Rodier, *Mém. sur la composition du sang dans le scorbut*.

Chez un sujet observé dans cette épidémie, Andral (1) a trouvé le sang dans l'état suivant :

Fibrine	4,420	Matériaux solides du sérum. . .	76,554
Globules	44,400	Eau.....................	874,626

Chatin et Bouvier (2) sont arrivés à des résultats à peu près semblables.

Faut-il, après ces faits, dire, avec Marchal, de Calvi (3), que, « jusqu'à présent, il n'y a pas lieu de réformer l'opinion d'après laquelle le sang est défibriné dans le scorbut ? » Nous pensons qu'il y a au moins des motifs suffisants de douter de la réalité de cette défibrination. C'est sans doute ce que l'observation finira par éclaircir.

§ VI. — Diagnostic.

[La physionomie du scorbut est tellement tranchée que le diagnostic de cette maladie n'offre généralement pas de difficultés. On ne serait porté à la confondre qu'avec le *purpura*, à ses différents degrés d'intensité, soit *simple*, soit *hémorrhagique*. Mais cette dernière affection est presque toujours sporadique, elle attaque de préférence les femmes et les enfants; son apparition ne se rattache pas directement à la nature de l'alimentation; son début est brusque et accompagné des prodromes et des phénomènes ordinaires des maladies fébriles.

Chez les sujets atteints de *purpura*, le facies ne rappelle en rien celui des scorbutiques, la peau conserve sa souplesse, son onctuosité, elle n'est pas *ansérine;* les taches sont, à la fois, plus larges et plus distinctes que celles qui constituent le *piqueté scorbutique;* leur teinte, au début, est rouge et non livide; elles acquièrent parfois, en quelques heures, une étendue considérable, au point de couvrir tout un membre; elles se montrent souvent par éruptions successives. Dans le *purpura*, les malades éprouvent de la courbature et n'accusent pas les douleurs arthralgiques du scorbut; les hémorrhagies, par leur gravité, peuvent, en peu de temps, mettre la vie en danger, ce qui n'arrive, chez les scorbutiques, qu'à une période ultime. Sous le nom de *purpura senilis*, on a confondu des observations de *purpura simple* ou *hémorrhagique*, et des observations de scorbut recueillies sur des vieillards.

Dans ces cas, l'âge n'est qu'une cause prédisposante, un élément de gravité de plus, mais il n'empêche pas chacune des maladies de conserver sa physionomie caractéristique. Il faudrait un examen bien superficiel pour confondre la *stomatite ulcéro-membraneuse* (*stomatite des casernes*, E. J. Bergeron (4), *fégarcs* des anciens médecins de marine) avec l'état fongueux des gencives et de la muqueuse buccale; pendant le scorbut, l'altération des gencives, dans ce dernier cas, s'accompagne toujours d'autres signes plus ou moins accusés, qui font complétement défaut lorsque la stomatite seule existe.

Dans des circonstances calamiteuses qui déterminent, à la fois, l'apparition du typhus et du scorbut, il peut être parfois difficile, au début, de faire la part de cha-

(1) Andral, *Compt. rend. des séances de l'Acad. des sciences*, 7 février 1847.

(2) Chatin et Bouvier, *Comptes rendus*, septembre 1847.

(3) Marchal (de Calvi), *Note sur l'état du sang dans un cas de scorbut*, lue à l'Académie des sciences, séance du 28 juin 1847.

(4) E. J. Bergeron, *De la stomatite ulcéreuse des soldats, et de son identité avec la stomatite des enfants, dite couenneuse diphthéritique, ulcéro-membraneuse*. Paris, 1859.

cune des deux maladies, tant elles sont intimement liées l'une à l'autre, comme cela s'est vu en Irlande en 1847 et pendant la guerre de Crimée. Lind avait déjà fait cette remarque à l'occasion des *fièvres pétéchiales.*

D'une manière générale, le pronostic du scorbut sera d'autant plus grave qu'il sera plus difficile d'améliorer les conditions hygiéniques défectueuses qui en ont été l'origine. On explique ainsi pourquoi cette maladie se montre plus souvent encore à la mer qu'à terre, et pourquoi elle y acquiert un plus haut degré d'intensité. Il est, en effet, telles circonstances de navigation, à bord des bâtiments à voiles surtout, qui empêchent le ravitaillement ou le débarquement des malades, en temps opportun, dans un port de relâche. Quand les désordres du côté de la bouche ne sont pas trop avancés, que les membres ne sont ni rétractés, ni couverts d'ulcérations profondes et étendues, quand les hémorrhagies n'ont pas été abondantes, un régime alimentaire convenable amène rapidement la guérison, et nulle autre maladie, peut-être, ne donne autant de satisfaction au médecin, par la rapidité avec laquelle la convalescence se dessine. Mais, dans les cas contraires, lorsque l'altération du sang est devenue telle, que les urines sont albumineuses, que des épanchements de sérosité se sont produits dans les grandes cavités, que la dyspnée est extrême, et la syncope imminente au moindre effort, on peut craindre une issue promptement funeste ; les meilleures conditions hygiéniques demeurent alors impuissantes, elles n'ont plus le temps d'agir. Toute maladie qui survient dans le cours du scorbut acquiert, par le fait de l'existence de cette diathèse, une gravité particulière.

§ VII. — Traitement.

On a vainement cherché et l'on chercherait vainement un moyen spécifique contre le scorbut, il n'y a réellement pas et il ne peut y avoir de médicament anti-scorbutique. C'est dans l'ensemble des conditions hygiéniques opposées à celles reconnues propres au développement de cette maladie que résident, à la fois, et la prophylaxie et le traitement curatif.

Cette vérité, généralement admise aujourd'hui, avait été proclamée dès le commencement du dernier siècle, par les auteurs qui ont voulu tenir compte des faits observés. Mais, trop souvent, leurs conseils restaient impuissants, parce qu'il fallait que les progrès des sciences, l'augmentation du bien-être général, vinssent, avec le temps, rendre pratiques les aspirations des hygiénistes. Ainsi, au point de vue des marins par exemple, les perfectionnements de l'architecture navale, l'introduction des caisses à eau en fer, des appareils distillatoires, des différents modes de conserves alimentaires, l'application de la vapeur comme force motrice, la connaissance de routes meilleures tracées par le lieutenant Maury, sont autant de bienfaits qui rendent, de jour en jour, le scorbut et moins fréquent et moins grave à bord des bâtiments. Néanmoins, tant qu'il existera des flottes et des armées, *tant qu'il y aura de la misère*, on observera des cas de scorbut, mais cette maladie ne prendra plus, comme dans les siècles précédents, les proportions d'un redoutable fléau.

Il est impossible. dans un livre de la nature de celui-ci, d'exposer ce sujet avec de grands détails, il faut nécessairement recourir aux ouvrages qui traitent de l'hygiène générale, de l'hygiène navale et de celle des armées. Voici, en résumé, les points sur lesquels l'attention des médecins doit être dirigée.

Toutes les fois que l'imminence du scorbut est à redouter ou que quelques sym-

ptômes légers dénotent sa présence, il faut faire en sorte de rendre au *régime* ce qui peut lui manquer en *quantité*, en *qualité* et en *variété*. Plusieurs repas par semaine doivent être composés de *viande fraîche*, et l'on ajoutera à la ration journalière, autant qu'il sera possible, des *légumes* ou des *fruits contenant leur eau de végétation*. L'espèce de végétaux ou de fruits importe assez peu, toutes les parties vertes des végétaux non nuisibles sont bonnes (1) si l'on est à terre, mais on choisira, comme provision de campagne à la mer, ceux qui se conservent le plus longtemps : ainsi, les citrons, les oranges, les oignons, les pommes de terre, les pommes, le tamarin, les bananes, etc. ; à défaut de légumes frais, la choucroute peut rendre de grands services ainsi que l'oseille conservée. Quant aux légumes et aux fruits qui ne doivent leur longue conservation qu'à la forte pression et à la dessiccation qu'on leur a fait subir, ils n'ont d'autre valeur que de varier agréablement le régime. Les avantages que présente le jus de citron additionné d'une petite quantité d'eau-de-vie pour les longues traversées, ont fait, dès 1757, préférer ce liquide comme prophylactique par les Anglais ; la distribution régulière du *Lime juice* (2), après quatorze jours de mer, est officiellement prescrite sur tous les bâtiments de la marine anglaise, qu'ils appartiennent à l'État ou au commerce. Il est indispensable également de veiller à ce que l'eau soit de bonne qualité ; si elle contient des matières organiques, il ne faudra pas la boire sans l'avoir fait bouillir. De légères infusions de thé, du café léger, préviendront, en partie, les effets nuisibles que de mauvaises eaux pourraient avoir ; l'usage d'une suffisante quantité de vin est fort utile. Certaines boissons fermentées, telles que le cidre, le poiré, la bière de *Spruce* (*sapinete*), sont aussi favorables comme moyens prophylactiques. Il est très-important d'entretenir les fonctions de la peau par l'usage de *bains* ou de *lotions* qu'on peut rendre encore plus efficaces par l'addition de plantes aromatiques, de savon ou d'une certaine quantité de carbonate de soude. Quand les circonstances le permettent, les bains froids de courte durée ne pourraient avoir qu'une action salutaire. Si les bains ne peuvent être administrés, des *frictions stimulantes* vineuses ou alcooliques tièdes y suppléeraient en partie. Les *vêtements* doivent être secs et suffisamment chauds, le froid et l'humidité ayant une influence incontestable sur le développement et la marche du scorbut. On fera en sorte que les *habitations* soient entretenues avec la plus grande propreté, que l'atmosphère en soit pure et qu'elles reçoivent un air sec et de la lumière. On ne saurait trop veiller à ce que la somme des *travaux* de chaque jour ne dépasse pas la limite des forces de ceux qui y sont soumis, il faut, en tout cas, qu'un nombre suffisant d'heures de *sommeil* vienne permettre de les réparer. Le médecin devra s'attacher à écarter les *passions tristes* par tous les moyens qui seront en son pouvoir. Si le scorbut se développe à la mer et prend une certaine intensité, il ne faudra pas hésiter à relâcher dans le port le plus voisin, sous peine de voir bientôt la maladie acquérir une grande gravité. Une fois mis à terre, les malades ne tarderont pas à se rétablir sous l'influence des meilleures conditions hygiéniques dans lesquelles ils se trouveront.

(1) « Il est à remarquer, dit Rouppe, que les végétaux de toute espèce assaisonnés de toutes » les manières, produisent le même effet. » (*De morbis navigantium.*)

« Scorbuti summum et pene solum auxilium est in herbis recentibus. » (Cockburn.)

(2) Le suc de citron (*Lime juice*) conservé à bord des navires est composé de 1 partie de bonne eau-de-vie pour 10 parties de jus de citron. (Voy. *Arch. de méd. navale*, t. I, p. 245.)

L'ensemble des moyens que nous venons d'examiner comme prophylactiques constitue également le *traitement curatif*. La longue série de médicaments qualifiés de l'épithète d'antiscorbutique, n'offre qu'un intérêt très-secondaire, les toniques, les stimulants les plus énergiques, ne sont qu'accessoires ou simplement palliatifs, si les conditions hygiéniques défectueuses persistent à agir.]

§ VIII. — Traitement de quelques symptômes.

Le *gonflement* et l'ulcération *putride des gencives* devenant un obstacle sérieux à l'alimentation des malades par suite de la gène qu'ils apportent à la mastication, doivent être traités localement. Tant que la bouche sera en mauvais état, on donnera les aliments sous forme pulpeuse; les pommes cuites, les pommes de terre en bouillie ou les pommes de terre crues et râpées, sont très-avantageuses dans ce cas. On emploiera utilement contre la putridité de l'haleine et contre l'état fongueux, les *chlorures alcalins;* on peut mettre en usage la formule d'Angelot (1) :

℞ Chlorure de chaux et de soude........	75 centigr. à 2 gram.	Mucilage de gomme arabique...	2 gram.
		Sirop d'orange..............	15 gram.

Mêlez. Toucher les gencives avec un pinceau chargé de ce mélange. Le chlorure de chaux sec, appliqué, en petite quantité, avec les doigts, peut aussi être employé, mais il faut en surveiller l'action.

Le *chlorate de potasse* en solution, à la dose de 4 à 6 grammes dans un litre de tisane, sera très-utilement administré en boisson et en gargarisme.

Les *gargarismes acides* sont prescrits dans le même but. Meyer recommande le suivant :

℞ Eau de sauge..............	120 gram.	Acide hydrochlorique affaibli....	60 centigr.
Alcoolat de cochléaria........	8 gram.	Miel rosat..................	30 gram.

Il vaut peut-être mieux encore faire un mélange de 1 partie d'acide hydrochlorique pur, et de 3 parties de miel, et en toucher, deux ou trois fois par jour, les gencives ulcérées.

[Lorsque le saignement des gencives est considérable, on touchera les gencives avec un pinceau trempé dans une solution de *perchlorure de fer* à 30 degrés B. L'alun peut aussi être appliqué sous forme de poudre.

Le traitement des *ulcères* doit nécessairement aussi fixer l'attention des médecins. Les lotions avec la solution de perchlorure de fer dans les cas d'hémorrhagie, les pansements avec le *vin aromatique*, la *décoction*, la *teinture de quinquina*, le *quinquina en poudre*, sont ordinairement mis en usage.

Le docteur Robertson (2) a employé avec beaucoup de succès, dit-il, les lotions suivantes :

℞ Alun................	8 gram.	Eau....................	400 gram.

Pour lotions deux ou trois fois par jour.

(1) Angelot, *Revue médicale*, 1827, t. II, p. 49.
(2) Robertson, *Edinburgh medical and surgical Journal*, vol. XII, p. 146.

La *constipation* est combattue à l'aide de doux purgatifs, l'*huile de ricin*, la *manne*, les *sels neutres*. Les hémorrhagies par les diverses voies sont réprimées par le perchlorure de fer, à l'intérieur, à la dose de 15 à 20 gouttes dans de l'eau sucrée, une ou deux fois par jour.

Résumé, ordonnances. — Tel est ce traitement que nous aurions pu présenter dans de plus grands détails, si nous n'avions pensé qu'il y aurait de véritables inconvénients à multiplier les moyens thérapeutiques, lorsqu'ils n'ont pas d'action particulière.

Ordonnance. — Dans le cas de scorbut commençant.

[1° Pour tisane, limonade au citron.

2° Prendre tous les jours de 60 à 100 grammes de jus de citrons ou de jus d'herbes, ou usage de tout fruit acidule.

3° Frictions stimulantes avec eau-de-vie camphrée ou avec des tranches de citron.

4° Viande fraîche, fruits et légumes cuits ou crus.

5° Léger purgatif.

Scorbut avec gonflement et ulcération des gencives.

Prescription *ut suprà* :

Pour boisson :

Tisane d'orge miellée......	1 litre.	Chlorate de potasse.........	6 gram.

Toucher les ulcérations avec un pinceau trempé dans une solution de perchlorure de fer à 20 degrés B.

Pansement des ulcérations de la surface du corps avec vin aromatique et poudre de quinquina.]

RÉSUMÉ. — *Moyens hygiéniques.* — Nourriture abondante, variée, bon vin, cidre ou bière ; se préserver soigneusement de l'humidité et du froid ; limonade légèrement alcoolisée ; bains savonneux ou aromatiques ; insolation ; exercice modéré ; distraction.

Moyens curatifs. — Légumes verts, fruits acidules ; vin ; amers, toniques, astringents ; chlorures alcalins, chlorate de potasse ; pansements détersifs et antiseptiques, légers purgatifs ; perchlorure de fer à l'intérieur.

ARTICLE XIII.

BÉRIBÉRI.

[Cette dénomination, que Bontius (1) paraît avoir, le premier, introduite en nosologie vers le milieu du XVIIe siècle, est très usitée, depuis cette époque, par les médecins qui ont écrit sur la pathologie des Indes orientales. Loin de désigner une affection nettement circonscrite, on reconnaît, en parcourant les nombreux travaux dont le *béribéri* a été le sujet, qu'on a englobé abusivement, sous ce nom, une foule

(1) Jacobi Bontii, in *Indiis Archiatri : De medicina Indorum*, 16e édit. Lugd. Batav., 1745.

d'états morbides de nature très-différente. Il a suffi, en effet, pour beaucoup de praticiens de l'Inde, d'observer chez un malade des troubles de la motilité, de la sensibilité et de la respiration, avec ou sans hydropisie concomitante, pour diagnostiquer un cas de *béribéri*. Il est résulté de cette manière peu scientifique de procéder, un véritable chaos au milieu duquel il est actuellement fort difficile de porter la lumière. Dans l'espoir d'y parvenir, on a essayé de grouper, d'après les symptômes prédominants, les observations qui offraient le plus d'analogies; on a établi ainsi plusieurs formes, mais cette classification arbitraire n'a nullement élucidé la question. Elle a seulement permis de conclure que la grande majorité des observateurs entendent par le mot *béribéri* une hydropisie à marche aiguë qui attaque fréquemment, et surtout d'une manière épidémique, les différentes races d'hommes, dans beaucoup de localités de l'Asie orientale. Depuis ces dernières années, pendant les nombreux voyages d'émigrants indiens ou chinois destinés à pourvoir des travailleurs à nos différentes colonies, plusieurs médecins français ont eu occasion de combattre de graves épidémies de cette nature. A une époque où les relations entre les peuples deviennent si multipliées, le domaine du médecin praticien ne peut plus rester circonscrit dans les limites de la France. Nous n'avons pas hésité à donner place dans ce livre à une affection qui a été l'objet d'une foule de travaux de la part des Anglais et des Hollandais. Nous nous abstiendrons, naturellement, d'aborder ici les discussions que pourrait susciter chaque point de son histoire. Nous nous bornerons à un exposé fort succinct des documents qui offrent une utilité pratique.

§ I. — Synonymie, définition, fréquence.

Suivant les auteurs : *Barbiers* (Lind, plusieurs auteurs français); *hydrops asthmaticus* (Rogers, 1808); *synclonus beriberia* (Mason Good, 1822); *marine asthma* (H. J. Carter, 1845); *béribéri à forme hydropique* (Oudenhoven, 1858, Hirsch, 1860); *myelopathia tropica*, *scorbutica* (Van O. de Meijer, 1863). Suivant les pays: *Bharbhari* (en Indoustani); *kakch* (au Japon); *pendjalt nilæ* (à Banka); *læmpæ* (à Java); *pendjakit pajæa* (Nouvelle-Guinée).

Nous définirons le béribéri : *Affection sévissant endémiquement, mais surtout épidémiquement, dans l'Asie orientale, particulièrement sur le littoral du golfe du Bengale et à bord des navires qui naviguent dans les mers de l'Inde. Elle est essentiellement caractérisée par une anasarque avec épanchements séreux, à marche ordinairement rapide, sans albuminurie concomitante, le plus souvent compliquée d'engourdissement et d'affaiblissement des extrémités inférieures. Cette affection paraît dépendre d'une altération particulière du sang, voisine, bien que distincte, de celles qui caractérisent la chloro-anémie et le scorbut.*

Dans un travail très-important qui résume tout ce qui a été écrit sur le béribéri, un des savants rédacteurs du *Journal de médecine navale hollandais*, le docteur Van Overbeck de Meijer (1), admet que cette maladie présenterait plusieurs formes : il décrit le *B. simple*, le *B. cachectique*, le *B. atrophique*, le *B. hydropique*, le *B. convulsif*, le *B. polysarcique* ou *graisseux*. Depuis la publication du travail que Le Roy de Méricourt a rédigé sur ce sujet en collaboration avec le professeur

(1) *Geneeskundig tijdschrift voor de zeemagt*, 1864, 3e année, no 1.

Fonssagrives (1), la lecture de nouveaux documents et surtout du mémoire de de Meijer, n'a fait que nous confirmer dans cette opinion, qu'on doit réserver la dénomination de *béribéri* uniquement à une hydropisie rapide, suite d'altération du sang. C'est la maladie, toujours identique dans son ensemble, qu'ont observée, isolément sur différents navires, Mazé, à bord de l'*Eurydice* (1852), et Golfier, Gaudon-Hulin, Guy, Franquet, Richaud, Plomb, chirurgiens de la marine, attachés au service de l'émigration indienne. Notre étude correspondra donc uniquement à la forme hydropique des médecins hollandais (Oudenhoven, de Meijer), laquelle, de l'aveu de tous les observateurs hollandais et anglais eux-mêmes, réunirait, de beaucoup, le plus grand nombre des cas.

Il nous paraîtrait légitime de rapporter à diverses maladies, telles que la myélite aiguë ou chronique, l'hémorrhagie de la moelle, la méningite rachidienne épidémique, la paralysie rhumatismale, l'atrophie musculaire, l'ataxie locomotrice, à différentes formes d'accès pernicieux, à l'endocardite rhumatismale, etc., etc., les nombreux cas décrits, soit sous le nom de *barbiers*, soit sous celui de *béribéri*, et qui ont servi à établir les formes *convulsive*, *cachectique*, *atrophique*, *polysarcique*.

L'incertitude qui a régné, jusqu'à présent, sur la caractérisation nosologique du béribéri ne permet pas d'apprécier le degré de fréquence de cette maladie. Si l'on adoptait, sans critique, les documents fournis par certains médecins anglais, Malcolmson (2) entre autres, le béribéri serait une des affections les plus communes parmi les indigènes de beaucoup de localités des Indes orientales. Par ailleurs, c'est avec surprise qu'on constate que ce mot ne se trouve même pas écrit dans l'ouvrage de Ranald Martin (3). Morehead (4), pendant vingt-trois ans de pratique dans les hôpitaux de Calcutta, ne cite que les observations qui lui ont été fournies, en 1853, par l'équipage d'un navire de commerce, *le Faize allum*. Toutefois, les documents officiels des médecins de la marine anglaise et surtout de la marine hollandaise attestent que le béribéri, sous forme épidémique, fait de nombreuses victimes, surtout dans la portion indigène des équipages qui stationnent dans les mers de l'Inde et particulièrement dans le détroit de Banka. Plusieurs navires de l'émigration indienne ont subi également des pertes sérieuses par suite de semblables épidémies.

§ II. — Domaine géographique.

Nous dirons seulement que le théâtre le plus habituel du béribéri est la mer des Indes, le littoral occidental du golfe de Bengale, Ceylan et l'archipel Indien. Il fait également des ravages parmi les équipages lascars employés aux croisières du golfe Persique et de la mer Rouge. Mais, depuis que nous savons que sur le *Parmentier*, chargé d'émigrants rapatriés, la maladie s'est déclarée trois mois après le départ de la Martinique, alors que le navire avait atteint les hautes latitudes de l'hémisphère sud ; que sur l'*Indien* (5), le premier cas de béribéri a éclaté trois jours après le

(1) Fonssagrives et Le Roy de Méricourt, *Mémoire sur la caractérisation nosologique de la maladie connue vulgairement dans l'Inde sous le nom de biériberi* (*Arch. gén. de méd.*, septembre 1861).

(2) Malcolmson, *A practical essay on the history and treatment of Beriberi*. Madras, 1835.

(3) Ranald Martin, *The influence of tropical climates on European constitutions*, 7e édit. Londres, 1856.

(4) Morehead, *Clinical researches on diseases in India*. Londres, 185....

(5) Voy. *Étude sur le béribéri, épidémie observée sur le convoi indien du trois-mâts* l'Indien, *du 1er mai au 6 juillet* 1863. L. A. Cuy, thèse de Montpellier, 1864.

départ de Sainte-Hélène, nous nous garderons bien d'assigner, comme l'ont fait primitivement quelques auteurs, des limites précises au domaine géographique de cette maladie.

§ III. — Causes.

Si l'on ne peut contester que le béribéri se montre, à peu près exclusivement, sous la zone intertropicale, on est obligé de reconnaître aussi que l'*humidité* et surtout la *chaleur* n'interviennent que comme éléments étiologiques secondaires. D'après Malcolmson, qui a recherché l'influence des *saisons*, la maladie sévirait surtout pendant les six mois les plus chauds de l'année dans l'Inde. Le *voisinage de la mer* paraîtrait aussi réunir les conditions qui président à sa reproduction ; ce qui est le mieux établi, c'est que le *béribéri* se manifeste pendant les *longues traversées.* Il est le plus souvent impossible de dégager, au milieu des influences complexes qui agissent sur les individus placés à terre, celles qui appartiennent au *sol*, à l'*atmosphère* ou aux *conditions hygiéniques* dans lesquelles ils vivent.

Le béribéri n'épargnerait aucune *race* ni aucune *nationalité.* On l'a rencontré chez des indigènes du Japon, de la Chine, de l'Inde, de Ceylan, chez des Mongols, des Cafres, etc. Suivant quelques auteurs, si les Européens ne sont pas aussi souvent atteints que les individus de race colorée, c'est que leur hygiène est meilleure.

Notons toutefois que sur les navires affectés à l'émigration indienne, pas un blanc n'a été atteint de béribéri. La prédisposition de telle ou telle *caste* de l'Inde s'explique, comme nous le verrons, par des particularités de leur régime alimentaire. Les *femmes* et les *enfants* sont bien plus rarement atteints que les adultes. Toutes les causes débilitantes, telles que *fatigues*, *excès*, *maladies antérieures* et particulièrement la *cachexie paludéenne* et le *scorbut* prédisposent au béribéri.

Une des causes occasionnelles le plus fréquemment invoquées est le *changement brusque de température* sous l'influence des variations de vents ou de la succession de la nuit au jour. Mais il ne faut pas perdre de vue que beaucoup de cas de rhumatisme, de diverses affections de la moelle ou de ses enveloppes, ont été rangés sous la dénomination de béribéri. Le mode d'alimentation joue un rôle capital dans l'étiologie de cette maladie. Comme pour le scorbut, l'*insuffisance* et la *monotonie* du régime sont évidemment les causes les plus puissantes. Jules Rochard (1), d'après les observations du docteur Franquet, qui a été attaché au service de l'émigration dans l'Inde, serait disposé à admettre pour une part très-large la diète exclusive des différentes castes qui ne se nourrissent presque que de riz cuit à l'eau.

A terre, l'Indien ajoute au riz des légumes, et surtout des substances aromatiques et la pulpe du tamarin. Certaines castes seulement font usage de viande et de poissons. Dans les longues traversées, quand les végétaux verts et les condiments viennent à manquer, la production du béribéri est imminente. En adoptant cette opinion, il resterait à expliquer pourquoi c'est cette dernière maladie qui apparaît et non pas le scorbut, qui, en effet, a les plus grands rapports avec elle. Les deux affections peuvent exister concurremment ; mais on a vu le scorbut régner épidémiquement, sans qu'il y ait à bord de cas de béribéri, et réciproquement. Quoi qu'il en soit, le béribéri se montre sous forme d'épidémie, surtout à bord des

(1) Voyez *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, article BÉRIBÉRI.

bâtiments mal approvisionnés, encombrés, tenant la mer depuis longtemps, parmi les populations des bagnes, les ouvriers des mines ; ce qui s'explique par la communauté des conditions hygiéniques défavorables au milieu desquelles un grand nombre d'individus sont condamnés à vivre. C'est évidemment une maladie de nutrition, une *inanition aiguë*, suite de l'appauvrissement du sang, comme l'a dit très-heureusement, à notre avis, Praeger (1).

L'apparition subite d'épidémies de béribéri à bord des navires depuis longtemps à la mer, ruine décidément toute théorie étiologique basée sur l'influence du sol et particulièrement du miasme paludéen dont on a tant abusé.

Inutile de dire que le béribéri n'est nullement contagieux.

§ IV. — Symptômes.

Les observateurs sont assez unanimes en ce qui concerne les prodromes de l'affection. Le plus souvent, elle s'annonce par de l'alanguissement, de la faiblesse, de l'inaptitude et de la répugnance au mouvement, un certain degré d'anhélation. Parfois, elle peut éclater avec brusquerie, et la tuméfaction des extrémités inférieures en être le premier signe. Le gonflement œdémateux, d'abord manifeste à la face dorsale des pieds et au niveau des malléoles, ne tarde pas à envahir les membres. Arrivé à la partie supérieure des cuisses, l'œdème semble quelquefois subir un temps d'arrêt qui peut durer plusieurs jours ; d'autres fois, au contraire, continuant rapidement sa marche envahissante, il gagne le scrotum chez l'homme, les grandes lèvres chez la femme, les parois de l'abdomen et de la poitrine. L'infiltration est toutefois beaucoup moins régulière sur le tronc que sur les membres ; les lombes, les flancs, la région épigastique, sont les points où elle présente le plus d'épaisseur. Si elle est considérable, le cou, ainsi que la face, deviennent énormes, les paupières sont tellement tuméfiées que leur écartement ne peut s'effectuer, le conduit auditif se trouve obstrué. Les parties envahies brusquement par l'œdème deviennent le siége de fourmillements, les articulations sont roides et douloureuses. Les malades recherchent le repos, ils restent couchés ou accroupis ; si l'on veut les faire marcher, ils titubent comme des gens ivres, ils s'affaissent bientôt et prennent cette position favorite des Indiens : les bras en avant, les mains pendantes, la tête basse, enfouie entre leurs genoux. La faiblesse est telle que les membres inférieurs semblent paralysés (Guy, thèse citée).

Les séreuses deviennent, à leur tour, le siége d'épanchements rapides qui produisent du côté des organes essentiels de graves désordres fonctionnels ; enfin, le poumon, la moelle, participent aussi à cet œdème général. De ces conditions anatomiques dérivent des symptômes spéciaux. Les plus saillants et les plus subits sont la dyspnée et la douleur épigastrique. La dyspnée est en rapport avec les épanchements qui se font dans les plèvres et le péricarde, ou avec le degré d'œdème pulmonaire. Elle peut parfois, en quelques heures, acquérir une intensité effrayante, les malades s'agitent, en proie à l'anxiété la plus douloureuse. Les fonctions de la digestion et de la circulation prennent part, peu à peu, aux troubles de la respiration. Il survient des vomissements et une constipation opiniâtre. Le pouls, d'abord calme,

(1) Praeger, *Recherches sur la nature du béribéri*, in *Geneeskundig tijdj. voor de Zeemagt*, t. II, p. 1.

offre une fréquence, une irrégularité extrêmes ; la température s'abaisse, et le malade, en proie à la plus affreuse angoisse, meurt dans un accès convulsif ou une syncope, si le coma n'est pas venu lui épargner une douloureuse agonie. Le plus ordinairement, l'intelligence persiste, mais la physionomie est hébétée. Dans les premiers jours, l'urine est rendue facilement et ne présente rien d'anormal ; à mesure que la maladie s'aggrave, sa coloration se fonce, elle devient plus rare et finit par se supprimer. Elle ne contient que des traces ou, le plus souvent, pas d'albumine. Souvent il est donné d'observer plusieurs des caractères du scorbut chez les malades atteints du béribéri. Si les taches ecchymotiques n'ont pas été plus fréquemment signalées, c'est qu'il est fort difficile de les reconnaître sur des peaux aussi foncées que celle des Indiens ; mais on peut parfois constater, sur les membres inférieurs, un véritable piqueté constitué par un grand nombre d'élevures rugueuses contenant du sang noir extravasé.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La marche du béribéri est généralement continue et progressive ; quelquefois cependant des améliorations progressives alternent avec des recrudescences ; un état très-grave peut surgir brusquement, alors que la disparition de l'anasarque faisait présager une convalescence prochaine. La durée de cette affection peut varier de quelques heures seulement, dans les cas mortels, jusqu'à plusieurs semaines, ainsi que cela a lieu le plus souvent quand la maladie revêt une forme bénigne.

Il serait inopportun d'entrer ici dans l'examen critique des nombreuses distinctions établies par les médecins hollandais particulièrement. Le béribéri est tellement identique dans les épidémies observées par les médecins attachés au service de l'émigration, qu'on croirait leurs descriptions calquées les unes sur les autres. Les troubles de la motilité et de la sensibilité qui ont surtout amené une si grande confusion peuvent parfaitement s'expliquer par la soudaineté des suffusions séreuses, par l'augmentation du liquide encéphalo-rachidien. Il n'est nullement étonnant, d'ailleurs, dans une maladie qui résulte d'une altération profonde du sang, de voir survenir des paralysies, comme il s'en présente souvent à la suite de la dysenterie tropicale, de la fièvre typhoïde, de la diphthérite. On conçoit que, dans ce cas, la marche, la durée et la terminaison puissent être singulièrement modifiées, et l'on s'explique les erreurs de diagnostic auxquelles cette complication a pu conduire.

§ VI. — Altérations anatomiques.

Infiltration générale de tout le tissu cellulaire sous-cutané et intermusculaire : muscles décolorés, atrophiés, surtout ceux des membres inférieurs.

Abdomen. — Sérosité citrine dans le péritoine (de 300 à 1000 grammes). Foie toujours congestionné, mou, plus ou moins friable. Rate petite ou normale, à moins de cachexie paludéenne concomitante. Reins très-pâles, ramollis. Vessie décolorée, vide, rétractée.

Thorax. — Plèvres saines, renfermant une quantité variable de sérosité (150 à 600 grammes). Poumons congestionnés, plus ou moins œdématiés. Péricarde contenant toujours une quantité notable de sérosité (30 à 100 grammes). Cœur flasque, décoloré, gorgé de sang noir et de caillots fibrineux.

Tête, rachis. — Système veineux très-injecté ; quantité de sérosité anormale

dans les ventricules. Augmentation notable du liquide encéphalo-rachidien. Moelle ramollie, parfois diffluente.

Les analyses du sang ont permis de reconnaître une diminution très-marquée de la fibrine, de l'albumine et des globules, et une notable augmentation de la proportion d'eau (1).

VII. — Diagnostic, pronostic.

L'anasarque rapidement croissante, la dyspnée, la douleur épigastrique, la diminution, puis la suppression de la sécrétion urinaire, l'absence d'albumine dans les urines, d'une part, et d'autre part, l'exploration physique, méthodiquement pratiquée, des organes dans lesquels réside habituellement la cause des hydropisies, permettent, le plus ordinairement, de distinguer bientôt le béribéri des suffusions séreuses dues aux affections organiques, ainsi que de l'anasarque consécutive à la suppression de transpiration. La rapidité des suffusions séreuses empêchera de confondre cette maladie avec l'œdème qui survient à la période ultime de la chloro-anémie qui, chez les noirs, a été désignée sous le nom de *mal de cœur* ou *mal d'estomac des nègres*. Mais entre le scorbut observé dans les pays chauds et le béribéri, il y a de si profondes ressemblances, que, sauf les ulcères et les pétéchies qui manquent dans cette dernière maladie, et sont caractéristiques de la première, il faut bien connaître la symptomatologie des deux affections, lorsqu'elles coexistent, pour les distinguer, à leur début, chez des individus de race colorée. Nous renvoyons aux articles consacrés aux affections des centres nerveux pour le diagnostic différentiel entre le béribéri, la myélite, la méningite rachidienne, etc., etc. Il ne faut pas oublier surtout que le béribéri est assez apyrétique.

Pronostic. — Le béribéri est généralement grave. A bord de l'*Indien*, sur 107 cas observés par Guy, il en est mort 42 ; sur le *Jacques-Cœur*, Richaud a eu 14 décès sur 44 malades. La proportion de mortalité a dû encore être plus forte à bord du *Parmentier*, qui, par diverses causes, a perdu 68 pour 100 de ses passagers. Le danger est d'autant plus imminent que la dyspnée est plus intense, que la suppression de l'urine est plus complète et plus persistante ; si l'épidémie sévit à la mer elle prendra des proportions d'autant plus sérieuses qu'il sera plus difficile d'atteindre une relâche qui permette de déposer les malades à terre et de leur donner un régime alimentaire convenable.

§ VIII. — Traitement.

En ce qui concerne les moyens prophylactiques, nous ne pouvons que renvoyer à ce que nous avons dit, à ce sujet, pour le scorbut. Une fois la maladie déclarée, il faut chercher à conjurer la marche envahissante de la suffusion séreuse et des épanchements. Si l'état du pouls et des forces le permet, une saignée générale, au début, pourrait prévenir l'asphyxie imminente ; les purgatifs, les diurétiques, seront employés pour répondre également à l'indication la plus urgente. A l'hôpital de la Pointe-à-Pitre, Walther, médecin en chef de la marine, dit s'être bien trouvé des pilules suivantes :

Digitaline	5 centigr.	Jalap	5 gram.
Scille en poudre	5 gram.	Scammonée	5 gram.

F. s. a. cent pilules. Une de deux heures en deux heures jusqu'à effet prononcé.

(1) Voyez *Geneeskundig*, t. V, n° 1, VIII, 1860, p. 496.

On pourrait, pour plus de simplicité, se servir de cette formule :

Poudre de digitale.......... } — de scille............ }	aa 5 gram.	Poudre de scammonée .... 5 gram.

F. cent pilules. De quatre à six par jour.

On cherchera, en même temps, à rappeler les fonctions de la peau et à soutenir les forces. Mais il ne faut pas se le dissimuler, c'est dans l'ensemble des moyens hygiéniques et surtout dans un régime alimentaire varié, tonique et substantiel, que résident les ressources les plus puissantes, dès qu'on a été assez heureux pour conjurer l'asphyxie. Dans le cas de paraplégie, on aurait recours au traitement généralement usité en pareil cas. Le changement de climat et, plus immédiatement, l'envoi des convalescents dans les localités élevées des pays subtropicaux, sont des mesures d'une efficacité reconnue.]

ARTICLE XIV.

DIPHTHÉRITE.

§ I. — Historique.

[Sous le nom de *diphthérite* (διφθέρα, *pellis, exuvium, vestis coriacea*), Bretonneau a décrit, en 1826 (1), une maladie épidémique et contagieuse ayant son siége dans la bouche et dans les voies aériennes, et caractérisée par la production de fausses membranes.

Ce médecin avait alors en vue la description de ces maladies épidémiques connues sous le nom de gangrène scorbutique des gencives, de croup, d'angine maligne, qui avaient été signalées dans l'antiquité sous le nom de mal égyptiac, et qui, à différentes époques, ont fait de grands ravages. Bretonneau observa une de ces grandes épidémies, et arriva à conclure que la gangrène scorbutique des gencives, le croup et l'angine maligne n'étaient qu'une seule espèce de phlegmasie, que le croup n'était que le dernier degré de l'angine maligne, et que l'angine maligne ou gangréneuse ne donnait pas lieu, en réalité, à une véritable gangrène. L'auteur décrivait ainsi qu'il suit les altérations locales successives que produit cette maladie :

« Au début de la maladie, on aperçoit une rougeur circonscrite qui se recouvre d'un mucus coagulé demi-transparent. Cette première couche, mince, souple et poreuse, peut encore être soulevée par des portions de mucus non altéré, de façon à former des vésicules. Souvent, en peu d'heures, les taches rouges s'étendent de proche en proche par continuité et par contact, à la manière d'un liquide qui s'épanche sur une surface plane ou qui coule par stries dans un canal. La concrétion devient opaque, blanche, épaisse. Elle prend une consistance membraniforme. A cette époque, elle se détache facilement et n'adhère à la membrane muqueuse que par des prolongements très-déliés de matière concrète qui pénètrent dans les follicules mucipares. La surface recouverte est ordinairement d'une teinte légère-

(1) Bretonneau, *Recherches sur l'inflammation spéciale du tissu muqueux, et en particulier sur la diphthérite.* Paris, 1826, in-8.

ment rouge, pointillée de rouge plus foncé. La fausse membrane enlevée, les points d'un rouge plus foncé laissent transsuder du sang; l'enduit concret se renouvelle et devient de plus en plus adhérent; sur les points qui ont été les premiers envahis, il acquiert souvent une épaisseur de plusieurs lignes, et passe du blanc jaunâtre au fauve, au gris, au noir. Maintenant l'altération des surfaces organiques est plus apparente que dans le principe. Souvent des parcelles de substance concrète sont épanchées dans la substance même du tissu muqueux ; on observe aussi une légère érosion, et quelquefois des ecchymoses dans les points qui, par leur situation, sont exposés à quelques frottements, ou sur lesquels l'avulsion de fausses membranes a été tentée. Surtout vers cette époque les concrétions qui se corrompent exhalent une odeur infecte. Si elles sont circonscrites, le gonflement œdémateux du tissu cellulaire environnant les fait paraître enfoncées, et, sur ce simple aperçu, on serait tenté de croire qu'on a sous les yeux un ulcère sordide avec perte de substance considérable. Si, au contraire, elles sont étendues sur de larges surfaces, elles se détachent en partie, pendent en lambeaux plus ou moins putréfiés, et simulent le dernier degré du sphacèle. La fétidité de l'haleine et l'aspect gangréneux du pharynx tiennent à la fonte putride des concrétions pelliculaires. L'exsudation du sang, phénomène ordinaire de l'inflammation diphthéritique, complète l'erreur. La fausse membrane, colorée par ce fluide, prend successivement diverses teintes, indices de sa décomposition. »

Le traitement indiqué par Bretonneau consistait dans l'emploi du calomel, dans des cautérisations avec l'acide chlorhydrique, l'alun. L'auteur avait distingué nettement cette maladie de l'angine catarrhale, de l'angine tonsillaire simple, de l'angine mercurielle.

Trousseau publia (1) en 1829 un mémoire sur l'angine diphthéritique qui accompagne ou suit la scarlatine, en 1830 un mémoire sur la diphthérite cutanée, et en 1862 il développa toutes ses idées sur cette question dans ses remarquables cliniques de l'Hôtel-Dieu.

Vers la même époque, Bretonneau conseilla et Trousseau pratiqua et vulgarisa l'opération de la trachéotomie opposée à l'angine diphthéritique.

§ II. — Nature de la maladie.

Aujourd'hui la diphthérite n'est plus la maladie que Bretonneau avait décrite, on en a fait une maladie générale, ayant son siége habituel et son point de départ dans les voies buccales et aériennes, pouvant se montrer, sous l'influence d'un état diathésique ou par contagion directe, à tous les orifices muqueux et sur toutes les parties où le derme est mis à nu, à la vulve, au vagin, au prépuce, aux paupières, aux oreilles (2), etc.

Il ne serait même pas impossible que la diphthérite se montrât au mamelon chez les nourrices, sans ulcération préalable...

(1) Trousseau, *Mémoire sur une épidémie d'angine couenneuse scarlatineuse* (*Archiv. gén. de méd.*, 1829, t. XXI.) — *De la diphthérite cutanée* (*Arch. de médecine*, 1830, p. 383). — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition, Paris, 1865, t. I, p. 334 à 454.

(2) Trousseau, *Ouvr. cité*, p. 366. — Michel Peter, *Quelques recherches sur la diphthérite*. 1859.

Laboulbène (1), Bouchut (2) et la plupart des médecins admettent aujourd'hui deux variétés de diphthérite : 1° l'une, *vraie diphthérite*, ou *dure*, ou *maligne* ou *infectante*, c'est de celle-là qu'il s'agit ici ; — 2° l'autre, *fausse dipththérite*, ou *molle*, ou *bénigne*, *non infectante*.

L'élément dangereux dans la vraie diphthérite ne semble pas résider dans la fausse membrane, mais dans l'ulcération qui l'accompagne; la fausse membrane n'étant qu'un produit de sécrétion. C'est par l'ulcération que se fait l'infection. Quant à la fausse membrane elle-même, il n'est pas possible, dans l'état actuel de la science, de distinguer celle qui appartient à la vraie ou à la fausse diphthérite.

La première fois que la diphthérite a été observée à la peau, c'était sur des surfaces dépouillées d'épiderme par le fait d'un vésicatoire. La diphthérite à la peau offre des caractères anatomiques analogues à ceux qu'elle présente sur les muqueuses : douleur, écoulement d'une sérosité roussâtre ou incolore, fétide ; production d'une couenne grisâtre et mollasse. Ici, comme dans la diphthérite des muqueuses, les fausses membranes arrachées renaissent et se reproduisent avec une singulière activité, et l'emploi des moyens topiques les plus énergiques ne s'oppose pas toujours à leur extension aux parties voisines.

Pour Trousseau (3), la diphthérite est une; elle est de nature identique; et les distinctions qu'on a établies en diphthérite *simple* et diphthérite *maligne*, auraient quelque analogie avec celles qui existent entre la varioloïde et la variole ; c'est toujours la même maladie, mais modifiée.

§ III. — Anatomie pathologique.

La constitution anatomique des fausses membranes est identique dans tous les cas; l'épaisseur, la résistance, l'élasticité, la forme membraneuse franche, les feraient distinguer facilement de ce détritus grisâtre qui recouvre les plaies atteintes de pourriture d'hôpital, qui naît et demeure fixé sur la plaie même, et ne s'étend point à la peau voisine. Histologiquement les fausses membranes sont, d'après Ch. Robin (4), constituées par de la fibrine, présentant l'aspect fibroïde et granuleux, et renfermant des globules de pus et du sang, des leucocytes, des cellules épithéliales appartenant à la région affectée, parfois des végétaux sous forme de spores, de mycélium; des vibrioniens, des genres *Bacterium* et *Vibrio*, surtout du premier genre, ayant le corps filiforme et roide (Laboulbène).

La présence de la fausse membrane s'accompagne de phénomènes morbides qui rayonnent autour du point affecté primitivement; les bords de la plaie, d'une teinte violette, se gonflent et deviennent proéminents; un érysipèle se montre parfois autour du point excorié; de la surface érysipélateuse s'élèvent des vésicules remplies d'une sérosité lactescente sous lesquelles se forment de même des concrétions couen-

(1) Laboulbène, *Rech. cliniques et anatom. sur les affections pseudo-membraneuses*. Paris, 1861.

(2) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés*, 4e édit., 1862.

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1865, t. I.

(4) Ch. Robin, *Dictionnaire de médecine de Nysten*, 12e édition par E. Littré et Ch. Robin. Paris, 1865. — Laboulbène, *Recherches cliniques et anatomiques sur les affect. pseudo-membraneuses*. Paris, 1861, p. 90.

neuses qui se propagent de proche en proche, et dont les couches extérieures deviennent, en se ramollissant, d'une insupportable fétidité. On voit, par cette description, dont une partie est empruntée à l'excellent Dictionnaire de Littré et Robin, que la diphthérite cutanée diffère peu, par sa marche et ses manifestations locales, de la diphthérite pharyngienne. Il faut ajouter que généralement les ganglions du centre lymphatique le plus voisin s'engorgent, deviennent douloureux, et quelquefois suppurent.

L'alcool, les acides sulfurique, chlorhydrique, nitrique, chromique, le nitrate d'argent mis en contact avec les fausses membranes, les font contracter et crisper. — Les solutions alcalines de potasse, de soude, d'ammoniaque, le chlorate de potasse, le bromure de potassium, la glycérine, les ramollissent, propriétés importantes au point de vue thérapeutique.

Millard (1), le premier, Peter (2) ensuite, ont constaté dans les nécropsies que le sang, au lieu d'être rouge plus ou moins foncé, est brun comme la solution du jus de réglisse ; il tache les doigs ; ses caillots sont mous comme du raisiné trop cuit ; les artères, au lieu d'être vides, en contiennent presque autant que les veines.

Wade (de Birmingham), Abeille, Trousseau, G. Sée, ont constaté la présence de l'*albumine* dans les urines des sujets atteints de diphthérite.

L'ophthalmie diphthéritique et l'inflammation diphthéritique des organes génitaux de la femme ne nous paraissent point se rattacher directement à la diphthérite vraie. En effet, ces deux maladies peuvent exister sans qu'il y ait, du reste, aucune manifestation diphthéritique en d'autres points de l'organisme, sans qu'il y ait état diathésique ; elles sont le plus souvent locales, et n'ont point été observées plus souvent en temps d'épidémie d'angine diphthéritique que dans tout autre moment.

La généralisation de la diphthérite et sa transmissibilité sont des faits tout à fait incontestables. Souvent les fausses membranes occupent à la fois les narines, la bouche, la gorge, le larynx et la trachée, parfois même les bronches ; sur un grand nombre de sujets atteints de cette maladie on a vu des fausses membranes se produire sur les plaies accidentelles ou artificielles ; et cette complication même peut persister après que la maladie a abandonné son siége principal, alors que les voies aériennes en sont débarrassées, si bien que l'on voit des malades que l'on croyait guéris succomber non pas au croup, à l'angine diphthéritique, mais aux suites de l'extension de la maladie à la peau. Pareil fait n'est point rare, et l'on voit la diphthérite occuper volontiers la plaie du cou, chez les malades qui ont subi la trachéotomie. La contagion est évidente. On ne compte plus aujourd'hui les faits de cette nature. Ils ont été d'abord signalés par Bretonneau, Trousseau, Ramon, Leblanc, Gendron, Herpin, etc. La communication est facile par la toux, l'expectoration, l'expuition....

C'est donc une maladie spécifique, pestilentielle, contagieuse ; mais son inoculabilité n'est pas encore bien établie, et les expériences tentées sur lui-même par Michel Peter ont donné des résultats négatifs.

Cependant les personnes qui soignent les malades, et principalement les médecins

(1) Millard, *Sur la trachéotomie dans le croup*, thèse inaugurale. Paris, 1858.
(2) Peter, *Mémoire cité*.

appelés à voir le mal de près et à toucher les fausses membranes, ont souvent payé de leur vie leur dévouement (1).

La maladie, comme toutes les maladies contagieuses et épidémiques, se montre principalement dans les centres populeux, dans les casernes, les colléges, les maisons d'éducation, les hôpitaux, et plus souvent là où règnent la misère et la malpropreté.

§ IV. — Symptômes.

Les symptômes de la diphthérite varient selon le siége du mal, selon que la maladie est bénigne, simple, ou bien selon qu'elle est maligne. Nous avons décrit les principaux symptômes locaux au commencement de ce chapitre : quant à l'engorgement ganglionnaire, il a une assez grande importance, on l'observe neuf fois sur dix dans la diphthérite maligne, tandis qu'il manque asez souvent dans l'angine couenneuse commune, et au moins il est beaucoup plus faible.

La fièvre est assez vive au début de la maladie, mais généralement elle tombe au bout de vingt-quatre heures pour ne laisser que du malaise, de l'abattement, de la tristesse. La maladie n'en marche pas moins et la cessation de la fièvre ne doit pas inspirer une apparence de sécurité. Mais quand la diphthérite est maligne, elle tue, non pas comme le croup, par strangulation, mais par empoisonnement. L'engorgement ganglionnaire est quelquefois considérable ; la peau qui recouvre les parties gonflées présente une rougeur érythémateuse. Si la diphthérite occupe les fosses nasales ou les yeux, on observe du coryza, de la rougeur au pourtour des narines, du larmoiement, et la présence des fausses membranes rend le diagnostic plus précis. A ces symptômes peuvent se joindre des hémorrhagies de toute espèce, des épistaxis, puis un état cachectique, de l'adynamie, du refroidissement, et le malade ne tarde pas à succomber.

Dans certains cas de diphthérite, la maladie se complique d'une paralysie qui occupe le plus souvent le voile du palais, et peut déterminer la mort par suffocation, ou bien d'une paralysie des muscles de la vie organique ou de la vie de relation. Entrevue par Bretonneau, cette complication a été plus particulièrement étudiée par Trousseau (2), puis par Maingault (3) qui en a réuni plus de cinquante cas.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie diffère suivant son siége. C'est ainsi que tantôt elle siége dans les narines chez un adulte ou n'affecte que la luette ou les amygdales, et en pareil cas la marche est rapide, la guérison fréquente ; tantôt elle occupe le larynx, et alors la mort peut survenir par cause pour ainsi dire mécanique. D'autres fois la diphthérite occupe tout l'arbre aérien et s'oppose à la respiration ; l'asphyxie en pareil cas est imminente, la marche de la maladie est rapide, la mort est prompte. La diphthérite nasale, peu grave chez l'adulte, l'est extrêmement chez les nouveau-

(1) Valleix lui-même en fut une victime. Voy. *Notice sur Valleix*, en tête de cet ouvrage.
(2) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. I, p. 392.
(3) Maingault, *De la paralysie diphthéritique, Recherches cliniques sur les causes, la nature et le traitement de cette affection*. Paris, 1860.

nés, qui ne respirent que par les narines, etc. La mort n'est pas toujours le résultat d'une cause mécanique; le génie morbide, l'intensité de la fièvre, la malignité de la maladie jouent le principal rôle. La paralysie en est quelquefois la conséquence. La durée de la diphthérite ne peut être fixée d'une façon absolue; dans l'immense majorité des cas, la durée de cette maladie ne dépasse pas une huitaine de jours; dans les cas graves elle se termine par la mort au bout de deux ou trois jours (voy. CROUP). Dans quelques cas on a vu la diphthérite durer une quinzaine de jours, surtout lorsqu'elle se déplaçait et occupait alternativement un point, puis un autre.

VI. — Traitement.

Détruire les fausses membranes, modifier par des excitants les surfaces malades, débarrasser les conduits obstrués à l'aide de moyens mécaniques, telle est la donnée générale. A l'article ANGINE DIPHTHÉRITIQUE, nous traiterons cette question.

Maladie primitivement locale, la diphthérite sera, autant que possible, détruite sur place. L'excision, le grattage, la cautérisation avec les acides chlorhydrique ou nitrique, avec le nitrate d'argent, le perchlorure de fer, le fer rouge, etc., seront employés en premier lieu. Cette cautérisation doit être complète, et détruire les parties ulcérées, ces parties constituant la porte d'entrée de l'infection. Localement on tentera de ramollir, de dissoudre ou de détacher les fausses membranes par des applications de poudres alcalines, ou par des solutions alcalines très-concentrées, chlorate de potasse, bicarbonate de soude, ou bien encore à l'aide de la glycérine.

A l'intérieur, on a conseillé le perchlorure de fer en solution, à la dose de 2 à 10 grammes (Aubrun), le bicarbonate de soude (3 à 5 grammes), le chlorate de potasse (4 à 8 grammes). Ce sont toutefois des médicaments sur lesquels il ne faut pas trop compter. On y joindra les toniques.]

ARTICLE XV.

RACHITISME.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *rachitisme* à une altération particulière des os propres à l'enfance, d'où résultent des changements dans le volume de ces parties, des déviations, un arrêt de l'ossification, qui, joints à une altération de l'économie tout entière, constituent l'ensemble de la maladie.

Cette affection a reçu également les noms de *rakitis*, *rachitis*, *englische Krankheit* (all.). Elle peut être rangée parmi les maladies chroniques assez fréquentes qui atteignent la seconde enfance.

§ II. — Causes.

Rufz (1) a étudié avec soin l'étiologie du rachitisme. Nous lui ferons de nombreux emprunts.

Il est bien rare que cette affection se manifeste avant l'*âge* de six mois ou un an. Cependant on connaît quelques exemples d'enfants rachitiques à leur nais-

(1) Rufz, *Rech. sur le rachitisme chez les enfants* (*Gazette méd.*, février 1834).

sance. Guersant (1) les a rassemblés. A six mois, et même à un an, les faits de rachitisme sont encore assez rares, et c'est dans le courant de la deuxième année que se manifestent principalement les premiers symptômes. Bien rarement l'affection commence au delà de trois ou quatre ans.

Il résulte des recherches de Rufz que les idées qu'on s'était faites généralement sur l'influence de la *constitution* ne sont pas très-exactes, et que les attributs du *tempérament* lymphatique, tels qu'ils sont exposés par les auteurs, ne sont pas ceux qui se rencontrent le plus souvent chez les rachitiques.

La mauvaise alimentation, le sevrage prématuré, le défaut des soins hygiéniques, l'habitation dans les lieux froids et humides, la misère, *toutes les causes qui peuvent débiliter la constitution*, sont rangés parmi les causes prédisposantes du rachitisme. « Sur cent enfants rachitiques, quatre-vingt-dix-huit, dit Trousseau (2), n'ont point été allaités ou ont été prématurément sevrés. » J. Guérin (3), dans des travaux que nous aurons à citer plus loin, a démontré par les faits que le *régime trop exclusivement animal* est chez les enfants une des causes principales du rachitisme, et il en est résulté pour lui une conséquence toute naturelle relativement au traitement. Nous l'indiquerons plus loin.

Rien ne peut nous porter à penser que le rachitisme résulte d'une grossesse pénible, d'un accouchement prématuré, d'une fécondité épuisée à cause du nombre des enfants, de l'influence de vieux parents, d'un vice héréditaire de famille ou de quelque transformation du vice scrofuleux, toutes causes assignées au rachitisme. (Rufz).

L'influence d'un mauvais vaccin ne saurait être regardée comme une cause réelle de la maladie.

La *mauvaise alimentation* paraît être la cause la plus importante.

§ III. — Symptômes.

Incubation du rachitisme. — Cette période manque très-rarement, c'est à peine si l'on peut citer trois ou quatre cas où il en soit ainsi. Très-fréquemment elle succède à une maladie grave et de longue durée. En pareil cas, les enfants, qui paraissaient entrer en convalescence, ne se remettent pas complétement ; ils restent tristes, abattus ; leur embonpoint ne revient pas ; ils sont faibles, suent au moindre exercice. [Les digestions sont troublées, il existe de la diarrhée, et les urines, en se refroidissant, laissent au fond du vase un dépôt calcaire abondant. Ils présentent, en un mot, tous les signes de la langueur générale. Chez un certain nombre de sujets, ces phénomènes, qui caractérisent la période d'incubation, se manifestent sans avoir été précédés d'une maladie plus ou moins grave, et c'est surtout alors qu'il faut rechercher si l'alimentation est insuffisante ou mauvaise (4).]

« Trousseau (5) attache une grande importance à l'arrêt de l'*évolution dentaire*

(1) Guersant, *Dictionnaire de médecine*. Paris, 1843, art. RACHITISME, t. XXVII.

(2) Trousseau, *Journal des connaiss. méd.-chir.*, 15 mai 1852.

(3) Jules Guérin, *Mém. sur les caractères généraux du rachitisme*, lu à l'Académie de médecine, le 17 juillet 1837 (*Gazette méd.*, 1839).

(4) Guérin, *Recherches*. — Bouvier, *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1839, t. IV, p. 59, et *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Paris, 1858.

(5) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit. Paris, 1865, t. III. — Voy. Beylard, *Du rachitis, de la fragilité des os et de l'ostéomalacie*. Paris, 1852, in-4° avec 8 pl.

comme manifestation du rachitisme; pour lui, un enfant d'un an qui souffre des dents, et chez qui elles n'apparaissent pas, est sous le coup de la maladie.

Période de déformation. — Cette période est celle qui a attiré spécialement l'attention, parce qu'alors les signes deviennent évidents.

Le rachitisme se manifeste d'abord par la *tuméfaction des articulations*. Les épiphyses des os longs, et principalement des poignets, des genoux et de chaque cou-de-pied, se gonflent et forment des espèces de nœuds; ce qui fait dire dans le vulgaire que les enfants *se nouent*.

Puis viennent les *déformations*, qu'il serait trop long de décrire en détail, et qu'on peut indiquer d'une manière générale. Les os longs se courbent, se tordent, se dévient de leur direction naturelle. Ce n'est pas toujours, à beaucoup près, l'exagération de la courbure normale; très-fréquemment, au contraire, il y a courbure en sens opposé.

Les côtes se redressent; le sternum est porté en avant et fait saillie comme celui des oiseaux; parfois il offre des dépressions, ainsi que les os du bassin, qui sont déviés dans des sens très-divers; il en est de même de la colonne vertébrale, dont les déviations ont été l'objet d'études toutes spéciales (1), et qui, par conséquent, ne doivent pas nous occuper davantage. Il nous suffit de dire que, par suite de ces déformations, les parois des cavités splanchniques peuvent avoir subi des modifications qui gênent les fonctions des organes internes, et que les membres peuvent être déviés au point de gêner beaucoup les mouvements.

Il faut faire une exception en faveur de l'encéphale, car Rufz a remarqué que jamais les rachitiques n'ont présenté quelque symptôme qui puisse être rapporté à une altération de l'organe encéphalique. Cependant le crâne, chez les rachitiques, est volumineux, et les os de la face eux-mêmes acquièrent parfois un excès de volume.

Les symptômes du côté de la *poitrine* sont, au contraire, souvent remarquables, et ils le sont d'autant plus, que les déviations de la colonne vertébrale et des côtes sont plus considérables. Rufz décrit ainsi ces symptômes :

« La gêne de la respiration est extrême. La respiration, même dans l'état normal, se fait en grande partie au moyen du diaphragme.

» Cette gêne de la respiration imprime au facies des petits malades un caractère particulier; ils ont les yeux largement ouverts, les narines fréquemment dilatées, la bouche demi-béante, et le teint pâle avec une nuance violacée.

» La toux de ces petits malades est empêchée; elle a lieu par une ou deux secousses très-faibles; ils ne crachent pas comme tous les enfants.

» La percussion et l'auscultation appliquées à l'étude de leurs maladies ne nous ont offert aucun résultat particulier. »

Le même auteur, poursuivant l'examen des autres fonctions, s'exprime comme il suit :

« Le seul symptôme des affections abdominales qu'il a été facile de bien apprécier a été la *diarrhée*. Cette diarrhée n'a jamais paru très-abondante, et n'a offert aucun caractère particulier.

(1) Guérin, *Recherches, etc.* — Bouvier, *Bulletin de l'Acad. de méd.* Paris, 1839, t. IV, p. 59, et *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur*. Paris, 1858.

» Le développement naturel de l'abdomen s'oppose à une appréciation exacte du météorisme et de la sensibilité de cette partie.

» Les rachitiques ne vomissent pas plus souvent que les autres enfants : ils n'offrent ni dans leur appétit, ni dans leur soif, rien de particulier; mais la plupart ont le *pouls* peut-être plus fréquent que chez les enfants ordinaires, et ils présentent surtout une disposition à la *sueur* d'autant plus remarquable, que cette sécrétion est très-rare dans les maladies des jeunes enfants. »

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Nous avons dit qu'il existe une *période d'incubation*, suivie d'une *période de déformation*. Celle-ci, ainsi que l'a très-bien fait remarquer J. Guérin, peut avoir une marche *aiguë* ou une marche *chronique*, et l'on voit même souvent cette dernière marche succéder à l'état aigu.

La *durée* n'a rien de fixe; en général, elle est de plusieurs mois, et quelquefois elle est fort longue.

La *terminaison* par la mort n'est pas la plus fréquente. Lorsqu'elle a lieu, les os se ramollissent toujours, la déformation augmente sans cesse. Les enfants s'affaiblissent de plus en plus, ils pâlissent; leurs chairs deviennent molles et flasques; ils maigrissent beaucoup. Ils présentent souvent un œdème plus ou moins étendu, puis survient une affection abdominale ou pectorale à laquelle ils succombent. Dans les cas, au contraire, où s'opère la guérison, la constitution se raffermit, l'appétit revient, la gaieté renaît, et bientôt les enfants présentent une très-bonne santé, en conservant toutefois les déviations qui se sont opérées dans les os. Ceux-ci, comme l'anatomie pathologique l'a démontré, acquièrent une consistance plus grande qu'à l'état normal. Aussi Guérin a-t-il fait de cette terminaison une période particulière sous le nom de *période d'éburnation*.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les lésions anatomiques ont été étudiées avec le plus grand soin par Rufz, J. Guérin, Beylard (1), Bouvier (2), [Broca (3) et Lebert (4)]. Nous en donnerons une description succincte :

« 1° La texture des os rachitiques, dit Guérin, offre des caractères tout à fait différents, suivant qu'on les observe pendant la période d'*incubation du rachitisme*, pendant sa *période de déformation*, pendant sa *période de résolution*, différents au *commencement et à la fin* de chacune de ces périodes, différents enfin suivant les *degrés* et l'*ancienneté de l'affection*.

» 2° Pendant la période d'incubation du rachitisme, il se fait un épanchement de matière sanguinolente dans tous les interstices du tissu osseux, dans les cellules du tissu spongieux, le canal médullaire, entre le périoste et l'os, entre les lamelles

(1) J. Guérin, *Mémoire sur les caractères généraux*, et Beylard, *loc. cit.*

(2) Bouvier, *Leçons cliniques sur les maladies chroniques de l'appareil locomoteur*. Paris, 1858.

(3) Broca, *Recherches sur quelques points de l'anatomie patholog. du rachitisme* (*Bull. Soc. anat.*, 1852).

(4) Lebert, *Traité d'anatomie patholog.*, 1861, t. II, p. 509 et 585, pl. CLXVIII, CLXIX.

concentriques de la diaphyse, entre les épiphyses et les diaphyses, entre les noyaux épiphysaires et leurs cellules, dans les os courts et les os plats comme dans les os longs, en un mot, dans toutes les parties du squelette et dans tous les points du tissu osseux où se distribuent les radicules des vaisseaux nourriciers. De cet épanchement résultent le dédoublement des parties composantes du tissu et le gonflement, le boursouflement des différentes portions du squelette.

» 3° Pendant la seconde période du rachitisme, période de déformation, en même temps que la trame du tissu osseux perd de sa consistance et se ramollit, la matière qui continue à se déposer dans tous les interstices du tissu osseux tend à s'organiser; elle passe successivement de la forme cellulo-vasculaire à la forme cellulo-spongieuse. Cette matière, de nouvelle formation, est surtout abondante entre le périoste et l'os, entre la membrane médullaire et le canal, entre le périoste et la table externe des os plats, et entre les lames de ces derniers.

» 4° Pendant la troisième période, la période de résolution, le tissu de nouvelle formation, dans les os longs et dans quelques os plats et courts, passe à l'état de tissu compacte, et tend à se confondre avec l'ancien tissu, qui recouvre sa dureté première. Cette addition d'un tissu nouveau au tissu ancien donne une très-grande épaisseur, et surtout une très-grande largeur à quelques parties des os qui avaient été le siége de l'organisation du tissu spongieux nouveau de la période précédente.

» 5° Dans l'état que j'ai désigné sous la dénomination de *consomption rachitique*, et qui résulte d'un degré exagéré de l'affection, le dédoublement et l'écartement des parties composantes du tissu osseux ont été tels que leur réunion ne s'est pas opérée, et que l'organisation de la matière épanchée n'a pas eu lieu. Dans cet état, les cloisons et les lamelles osseuses sont restées écartées, et la consistance de l'os primitif a été réduite au point que sa couche extérieure n'est plus formée quelquefois que par une pellicule mince.

» 6° La texture des os rachitiques chez les adultes, quand la maladie s'est complétement résolue, offre une compacité et une dureté supérieures à celles de l'état normal. Dans cet état, que j'ai appelé *éburnation rachitique*, on ne distingue plus aucune trace de la réunion des éléments de l'ancien os avec ceux de l'os nouveau. » (Jules Guérin.)

Les auteurs ont, en outre, constaté que le rachitisme occasionne un arrêt de développement des os.

Nous ne saurions mieux faire, pour compléter ces considérations sur les lésions que présentent les rachitiques et indiquer les données que nous possédons sur les conditions organiques du développement de cette maladie, que de citer les conclusions suivantes d'une thèse importante publiée sur ce sujet (1).

» 1° L'ostéoporose rachitique et la réduction à un état cartilaginiforme peuvent exister l'une à côté de l'autre à des degrés différents, de manière que c'est tantôt l'une, tantôt l'autre qui prédomine. Dans le rachitisme général, le second de ces états existe quelquefois sur certains os, presque sans trace d'ostéoporose (Rokitansky).

» 2° La perte des matières calcaires est très-évidente dans les corpuscules osseux

(1) Dr Muhl, *Dissertation sur le rachitisme*. Thèses, Strasbourg, 1847.

et dans leurs rayons. A la suite de ces pertes, la structure lamellaire des os est effacée çà et là, tandis qu'à d'autres endroits, les lamelles paraissent comme séparées (Rokitansky).

» 3° L'agent dissolvant des sels calcaires dans le rachitisme est l'acide lactique (Lehmann).

» 4° L'urine des rachitiques peut renfermer jusqu'au quadruple et au sextuple des sels calcaires contenus à l'état normal (Marchand). On y trouve aussi une quantité bien marquée d'acide lactique libre (Lehmann).

» 5° Les os rachitiques ne fournissent, par l'ébullition, ni de la gélatine, ni de la chondrine proprement dite (Marchand).

» 6° Lors de la réossification, les corpuscules osseux sont trouvés plus ou moins vides, plus petits, moins nombreux, et entourés, du moins en grande quantité, de canalicules rayonnés (Rokitansky).

» 7° Il existe une affection rachitique qui attaque tout particulièrement le crâne, et est suivie assez fréquemment de mort ; elle éclate ordinairement avant le septième mois de la vie extra-utérine, et surtout dans le courant des trois premiers mois (Elsœsser).

» 8° A un âge qui peut être bien éloigné des premières années de la vie, il s'établit parfois une ostéoporose toute semblable à celle du rachitisme des enfants, et qui, d'ordinaire, attaque plus spécialement, même exclusivement, le crâne ; elle atteint communément un degré très-considérable, et elle est suivie d'une sclérose très-prononcée (Rokitansky).

» 9° L'ostéoporose rachitique se reproduit quelquefois, à un âge avancé, chez des sujets qui en avaient été atteints dans leur jeunesse (Rokitansky).

» 10° La côte rachitique se gonfle à son union avec le cartilage, s'imprègne de sang plus abondamment que dans l'état normal, passe à l'état de spongiole, et perd la plus grande partie ou la totalité de ses sels calcaires ; puis il s'y dépose un tissu nacré, qui occupe d'abord les aréoles. Les aréoles, réduites à un tissu fibreux, disparaissent peu à peu, laissent des lignes grises dans le tissu nacré ; puis ces lignes elles-mêmes disparaissent insensiblement ; le tissu nacré reste seul, et finit par se convertir en cartilage, substance avec laquelle il a une si grande analogie (Rilliet et Barthez).

» 11° La marche rigoureusement ascendante du rachitisme ne peut pas être admise.

» 12° On ne peut pas dire non plus que les déformations se montrent toujours proportionnellement moins considérables, à mesure que du bas on remonte vers le haut.

» 13° Les bassins triangulaires peuvent aussi exister à la suite du rachitisme.

» 14° Le cerveau, d'après Rokitansky, est réellement hypertrophié dans les cas rachitiques.

» 15° Selon Engel, plus particulièrement, l'hydrocéphale n'existe le plus souvent que lorsque la poitrine est déformée en carène.

» 16° Lors de cette déformation thoracique, on trouve assez souvent un état hypertrophique des amygdales (Dupuytren, Warren, etc.).

» 17° Chez les enfants rachitiques, il existe bien moins souvent de la pneumonie qu'un état dit fœtal, accompagné très-fréquemment de congestion. Souvent aussi

on trouve, avec ou sans cet état fœtal, une pneumonie dite catarrhale, ayant son siége bien plus sur la muqueuse des bronchioles et des vésicules que dans l'intimité du parenchyme pulmonaire lui-même ; de sorte que, par exemple, les interstices celluleux des lobules sont respectés (Legendre et Bailly).

» 18° L'immunité contre la tuberculisation, dans le rachitisme, dépend plus particulièrement d'un état plus ou moins cyanotique du sang (Rokitansky).

» 19° Jusqu'ici nous ne pensons pas qu'il existe un motif bien fondé pour faire du rachitisme un genre particulier, bien séparé des affections dites scrofuleuses.

» 20° Il n'est pas démontré que les états qui ont porté jusqu'ici le nom de rachitisme fœtal soient réellement des manifestations du rachitisme proprement dit (Guersant et Rokitansky).

» 21° Très-probablement le régime animalisé ne doit pas être proscrit au même degré que le demandaient J. Guérin et Trousseau.

» 22° En présence des déviations osseuses rachitiques des membres, qui ne peuvent être abandonnées à des efforts rectificateurs de la nature, il faut préférer le bandage amidonné aux appareils orthopédiques plus compliqués (Blandin). »

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

J. Guérin (1) a étudié le diagnostic de cette affection. Il la distingue des difformités de l'épine, de l'affection tuberculeuse des os, et de différentes espèces d'ostéomalacie avec lesquelles on l'a longtemps confondue. Le diagnostic différentiel entre les *déviations latérales de l'épine* et le rachitisme est trop important pour que nous n'en empruntions pas les détails à l'auteur que nous venons de citer.

« Les *déviations latérales de l'épine*, dit J. Guérin, ne seront plus attribuées exclusivement au rachitisme, parce que le plus grand nombre de ces difformités sont le résultat d'autres causes bien établies, et parce que la véritable déviation rachitique, assez rare d'ailleurs, surtout dans la classe aisée, est accompagnée de circonstances et de caractères qui la font aisément reconnaître. Il suffit de se rappeler que toute difformité rachitique de l'épine a nécessairement été précédée des symptômes généraux du rachitisme, et en particulier des déformations des membres inférieurs. En conséquence, toutes les difformités de l'épine manquant de cet accompagnement, du moins dans l'immense majorité des cas, ne sont point de nature rachitique et ne peuvent être confondues avec le rachitisme.

» Ajoutons que le tissu osseux des colonnes atteintes de déviations latérales sans les caractères extérieurs et de connexion que je viens de rappeler, ne présente jamais les modifications de texture si caractéristiques du rachitisme. Les vertèbres n'offrent d'autres altérations que celles qui résultent de leurs changements de rapport des efforts mécaniques anomaux auxquels elles sont soumises, en y comprenant l'influence du degré et de la durée d'action de ces influences, et celle plus générale de la déformation de l'épine sur tout l'organisme, et l'effet de cette réaction sur l'ensemble du tissu osseux. »

Quant à l'*affection tuberculeuse des os*, qu'on a assez souvent l'occasion d'observer dans la colonne vertébrale, elle se distingue du rachitisme en ce qu'elle

(1) J. Guérin, *Mémoire sur les caractères généraux du rachitisme*, p. 46.

atteint les sujets à un âge plus avancé ; qu'elle ne s'accompagne pas de ramollissement des autres os, qu'elle donne fréquemment lieu à des douleurs dans le point affecté. Il faut joindre à cela les considérations suivantes présentées par J. Guérin :

« Les os atteints de l'affection tuberculeuse sont, dit cet auteur, presque toujours les os spongieux ou les extrémités des os longs. L'affection ne s'annonce jamais avec un caractère de généralité comme le rachitisme : elle se montre au contraire sur certains points circonscrits du squelette, et les parties qu'elle affecte, comme les vertèbres et les épiphyses des os longs, n'offrent jamais la succession des phases si distinctes des altérations rachitiques; finalement les tubercules, qu'on regarde à bon droit comme des corps parasites, envahissent successivement les différentes portions de l'os où ils se développent, en les détruisant plutôt mécaniquement que chimiquement, et laissant souvent aux portions conservées de ce tissu, mais avoisinant les points altérés, toute leur dureté, toutes leurs dispositions de texture primitive. »

Quant à l'*ostéomalacie*, nous n'en parlerons pas ici ; quelques lignes que nous consacrerons à cette affection, dans l'article suivant, feront assez connaître ses signes différentiels.

Pronostic. — Si l'on considère le rachitisme au point de vue de l'existence du sujet, on peut dire que cette affection n'est généralement pas grave ; mais plusieurs raisons doivent néanmoins la faire ranger parmi les maladies les plus fâcheuses. C'est d'abord la déviation des os, d'où résulte une déformation souvent incurable; et en second lieu le rétrécissement des cavités splanchniques, d'où résulte une gêne des fonctions bien connue de tout le monde, [gêne qui peut donner lieu à des maladies du cœur et des gros vaisseaux, à des affections de poitrine], et qui occasionne parfois des accidents graves (dans la parturition en particulier).

§ VII. — Traitement.

Nous ne nous occuperons pas, dans l'exposé du traitement, des moyens chirurgicaux employés pour remédier à la déviation des os, et qui constituent l'*orthopédie ;* c'est dans les traités spéciaux qu'il faut les chercher. Nous nous contenterons de passer en revue les divers moyens destinés à raffermir la constitution et à arrêter le ramollissement du tissu osseux.

Toniques, ferrugineux.— En première ligne, nous devons placer les médicaments toniques, et en particulier les ferrugineux. Gœlis (1) recommande beaucoup le *fer*, qu'il administre comme il suit :

℞ Limaille de fer............ 2 gram. | Sucre blanc...... .... 50 gram.

Dose : une pincée matin et soir.

L'union du fer et de la *rhubarbe* est regardée par quelques auteurs allemands comme un remède d'une très-grande efficacité. Strack (2), et après lui Richter, Sachs, etc., ont beaucoup insisté sur l'utilité de ce mélange. Voici la formule de

(1) Gœlis, *Gazette médicale de Paris*, janvier 1835.
(2) *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1820, t. XLVI, p. 619, art. RACHITISME.

Richter, dans laquelle entrent quelques-unes des substances que nous indiquerons plus loin :

℞ Limaille de fer	8gr,00	Poudre de cannelle	1gr,25
Poudre de gentiane	2gr,50	Extrait d'absinthe	q. s.
Rhubarbe	1gr,35		

Faites des pilules de 10 centigrammes. Dose : de trois à quatre par jour.

On éprouve souvent de la difficulté à faire prendre les pilules aux enfants. Le simple mélange suivant, proposé par Sachs (1), est préférable sous ce rapport :

℞ Fer pulvérisé	aa 25 centigram.	Sucre blanc	40 gram.
Rhubarbe			

Divisez en huit paquets. Dose : d'abord un par jour, puis deux, et plus graduellement.

Nous n'indiquons pas les autres préparations ferrugineuses qu'on peut donner aux enfants, elles sont trop connues, et nous renvoyons pour ce sujet à ce qui a été dit à la CHLOROSE.

Most (2) a avancé que la *rhubarbe* seule, donnée avec persévérance, peut procurer la guérison du rachitisme ; mais cette proposition a besoin d'être appuyée sur des faits.

Alcalins. — On n'emploie guère aujourd'hui les médicaments alcalins contre le rachitisme. Cependant on cite (3) plusieurs auteurs, et entre autres Pujol (4) et Nicolas, qui attribuaient une grande efficacité à ces médicaments. Mais on voit bientôt que leur confiance dans ces moyens venait des idées théoriques qu'ils se faisaient de la maladie, et que les faits à l'appui sont encore à désirer. L'*eau de Vichy*, le *bicarbonate de soude*, l'*eau de chaux*, etc., forment la base de ce traitement. Nicolas recommandait particulièrement le *phosphate d'ammoniaque*, qu'il administrait aussi contre les scrofules.

[Le *phosphate de chaux* a été conseillé à la dose de 5 à 20 centigrammes, trois ou quatre fois par jour, au moment des repas, afin de rendre au tissu osseux les sels calcaires qui lui manquent. Vraie en théorie, cette question ne l'est pas toujours en pratique. Le meilleur moyen de faire prendre le phosphate de chaux est de l'administrer dans la décoction blanche. Le phosphate de chaux est mieux absorbé quand on l'unit à un carbonate (Kuchenmeister).

℞ Carbonate de chaux	8 gram.	Sucre de lait	12 gram.
Phosphate de chaux	4 gram.		

Mêlez et divisez en douze paquets ; à prendre un par jour.

On peut encore se servir de la poudre phosphatée reconstituante de Reveil (5).

℞ Phosphate de chaux précipité ..	20 gram.	Fer réduit par l'hydrogène	5 gram.
Sucre en poudre	20 gram.		

Mêlez et divisez en vingt paquets ; à prendre un par jour.]

(1) *Handwörterbuch der practischen Arzneimittellehre.* Konigsberg, 1835.
(2) *Encyklopæd. Handwörterbuch der practischen Arzneimittellehre*, t. II.
(3) *Dictionnaire des sciences médicales.* Paris, 1820, t. XLVI, p. 618.
(4) Pujol, *Œuvres de médecine pratique.* Paris, 1823.
(5) Reveil, *Formulaire des médic. nouveaux*, 2e édition. Paris, 1865, p. 82.

Bains. — Les *bains d'eau salée*, les *bains de mer* (1), [les bains de Salins, de Balaruc, d'Uriage, de Kreuznach], sont aussi conseillés aux rachitiques. Ces bains sont ordinairement donnés à une température peu élevée, et c'est peut-être autant à leur tonicité comme bains froids qu'à leur action comme bains médicamenteux, qu'on doit attribuer les effets avantageux qu'ils produisent chez un certain nombre de rachitiques. Nous renvoyons à ce que nous avons dit à la CHLOROSE.

D'autres bains médicamenteux jouissent aussi d'une grande réputation ; nous voulons parler des *bains sulfureux* et des *bains iodés*. C'est principalement parce qu'on a regardé le rachitisme comme une affection de la même nature que les scrofules, que ces moyens ont été prescrits. Quelle est leur efficacité réelle? Personne ne pourrait le dire, car les recherches manquent sur ce point. Quant à l'administration de ces bains, elle se fait comme chez les enfants scrofuleux.

[*Bain ioduré.*

℞ Iode	8 à 15 gram.	Eau	6 décilitres à 1 litre.
Iodure de potassium	15 à 30 gram.		

Faites dissoudre par trituration et mêlez à l'eau du bain.]

Les *bains*, les *douches aromatiques*, sont fréquemment conseillés, mais on doit les regarder comme des moyens adjuvants. Suivant Rapou, les *bains de vapeur* seraient avantageux. Il est permis de révoquer en doute l'exactitude de cette assertion, jusqu'à ce que des faits très-concluants soient venus la démontrer.

L'*iode* à l'intérieur a dû nécessairement être administré dans une affection qu'on a rapprochée des scrofules. Déjà Erdmann (2) avait recommandé l'*éponge brûlée ;* aujourd'hui on administre l'iode aux rachitiques comme aux scrofuleux (3).

Les mêmes réflexions s'appliquent à l'emploi de l'*huile de foie de morue*, très-répandu en Allemagne. [C'est le médicament par excellence à employer contre le rachitisme, à la dose de 20 à 50 grammes par jour, pure ou bien mêlée avec double quantité de sirop simple, de sirop de quinquina, de sirop antiscorbutique.] Fehr la prescrit ainsi qu'il suit :

℞ Huile de foie de morue	30 gram.	Huile de calamus aromaticus	3 gouttes.
Solut. aqueuse de carb. de pot.	4 gram	Sirop d'écorce d'orange	30 gram.

Mêlez. Dose : de une à deux cuillerées à bouche, le matin, à midi et le soir.

Rœsch (4) donne une formule un peu différente :

℞ Huile de foie de morue / Sirop d'orange	aa 30 gram.	Eau d'anis	30 gram.
		Huile de calamus aromaticus	3 gouttes.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche le matin à midi et le soir.

Comme on le voit, cette dernière dose est plus considérable. Quant au mode d'administration, ce qu'il importe surtout, c'est de masquer le goût très-désagréa-

(1) Brochard, *Des bains de mer chéz les enfants.* Paris, 1864.
(2) Erdmann, *Aufs. und Beob. aus allen Theilen der Arzneiwissenschaft und der Naturkunde*, etc. Dresde, 1802, in-8°.
(3) Voy. SCROFULE (*traitement*).
(4) *Medizinische Correspondenz-Blatt*, n° 39.

ble du médicament. Nous ne rechercherons pas ici quelle est l'efficacité réelle de ce moyen ; voyez, à ce sujet, à l'article SCROFULE.

[On peut aussi employer l'*huile de squale*, l'*huile de foie de raie*, qui sont moins dispendieuses et agissent aussi bien. Si les jeunes malades refusent obstinément les huiles, on pourra les remplacer par l'huile d'amandes douces, l'huile d'œillette, comme on le fait en Belgique. On emploiera également le beurre frais, la crème de lait, le lard, la graisse d'oie, etc.]

Nous ne croyons pas que l'observation de Neumann (1) soit très-concluante en faveur de l'*asa fœtida* ; il l'associe en effet au carbonate de fer et à la rhubarbe, qui ont été préconisés de leur côté, en sorte qu'on ne peut pas savoir quelle est la valeur propre de l'asa fœtida. Voici sa formule :

♃ Asa fœtida	aa 12 gram.	Racine de gingembre	6 gram.
Carbonate de fer		Extrait de pissenlit	q. s.
Rhubarbe en poudre	6 gram.		

Faites des pilules de 10 centigrammes. Dose : de quatre à cinq, trois fois par jour.

La *garance* a joui d'une grande réputation. Levret lui attribue une véritable efficacité (2) ; il recommande l'infusion suivante :

Garance	4 gram.	Eau	500 gram.

Faites infuser. Ajoutez :

Sel végétal	2 gram	Bon vin blanc	1/8[e] de l'infusion.
Miel blanc	13 gram.		

Cette quantité doit être prise en deux jours.

Les expériences faites sur le développement des os ont pu suggérer une idée qui devra être de nouveau expérimentée.

Citons encore l'*extrait d'osmonde royale*, donné par Aubert à la dose de 12 grammes tous les matins, pendant deux mois et plus ; l'*acide phosphorique*, vanté par Lentin et Hufeland : le *café de glands* (Schæffer) ; les *bains d'air comprimé*, que recommande Pravaz, et le *charbon animal* (Schindler), pour l'administration duquel Radius (3) donne la formule suivante :

♃ Charbon animal	25 gram.	Réglisse	25 gram.

Mêlez. Faites une poudre. Dose : d'une demi-cuillerée à une cuillerée à café, deux ou trois fois par jour.

Soins hygiéniques, régime. — L'air de la campagne ; l'exercice au grand air et au soleil, lorsque les os ont assez de force ; l'habitation dans un lieu sec et bien aéré ; la station couchée, si les os sont trop mous, afin d'éviter les déviations ; l'exer-

(1) Neumann, *Chronische Krankheiten*, p. 83.

(2) Levret, *Dictionnaire des sciences médicales*. Paris, 1820, t. XLVI, p. 620, art. RHUMATISME.

(3) Radius, *Auserles. Heilformen*. Leipzig, 1836.

cice passif en pareil cas, sont des moyens de la plus grande importance. On favorise leur action par des frictions sèches sur tout le corps.

Le *régime* généralement recommandé se compose d'une nourriture principalement animale, d'un peu de vin généreux et pur ; en un mot, de tout ce qui peut fortifier l'économie sans produire une trop forte excitation. Toutefois il faut se garder de trop insister sur l'alimentation animale : les recherches importantes de Jules Guérin ont en effet prouvé, comme nous l'avons vu plus haut, qu'une nourriture trop exclusivement animale est une cause de rachitisme chez les enfants très-jeunes, et, en pareil cas, c'est au contraire une *nourriture végétale*, qui convient aux malades et qui rend aux os leur solidité normale.

[On obéira aux lois naturelles en ne nourrissant pas prématurément de viande l'enfant qui doit trouver dans le lait son principal aliment. Aux jeunes enfants on donnera de bon lait de vache, des potages au lait, au beurre, du lait coupé avec un peu de bouillon gras, et un peu d'eau rougie pour boisson.]

Lorsque les os ont repris une consistance suffisante, les exercices gymnastiques bien dirigés contribuent à affermir le système osseux. Restent les *moyens orthopédiques*, dont, nous le répétons, nous n'avons pas à nous occuper ici.

Résumé. — Toniques, ferrugineux ; alcalins ; bains de mer, sulfureux, iodés, aromatiques ; douches ; iode ; huile de foie de morue ; asa fœtida, garance, osmonde royale, charbon animal, etc. ; soins hygiéniques, régime.

ARTICLE XVI.

OSTÉOMALACIE.

Nous n'avons pas à entrer dans de grands détails sur cette affection, qui est ordinairement secondaire et toujours incurable, suivant tous les médecins qui s'en sont occupés. Jules Guérin a fort bien résumé les caractères de cette affection. Le lecteur pourra aussi consulter, sur ce sujet, un travail fort intéressant de Stanski (1) et l'excellente thèse de J. Beylard (2).

L'*ostéomalacie* est le ramollissement des os chez l'adulte. Stanski l'a cependant observée chez le nouveau-né ; mais c'est là un fait exceptionnel. On l'a aussi décrite sous le nom d'*ostéomalaxie*.

Beylard pense que l'*hérédité* est une cause prédisposante de l'ostéomalacie aussi bien que du rachitisme, que ce médecin, du reste, considère comme une maladie de même nature.

Elle survient chez des sujets profondément débilités par la misère, les privations de toute espèce, et surtout par une affection chronique grave.

Voici la description succincte qu'en donne Jules Guérin :

« Le ramollissement des os chez les adultes, pour lequel je réserve la dénomination d'*ostéomalacie*, est le résultat de *causes spécifiques*, comme du *scorbut*, de la *syphilis*, du *rhumatisme*, ou de quelque vice particulier, comme le *vice cancé-*

(1) Stanski, *Recherches sur les maladies des os désignées sous le nom d'ostéomalacie*. Paris, 1851.
(2) J. Beylard, *loc. cit.*

reux : tous les sujets qui l'ont offert avaient présenté, avant le début du ramollissement, les symptômes généraux de ces altérations.

» Le ramollissement s'était annoncé par des *douleurs vives et profondes* dans les os. La *marche* de la maladie est lente ; elle *dure* un grand nombre d'années, quelquefois jusqu'à vingt ans ; elle ne s'annonce pas simultanément dans toutes les parties du squelette, ni de bas en haut, mais elle ne l'attaque que par fractions, si bien que quand on ouvre un sujet qui l'a présentée à un degré encore peu avancé, on trouve des os isolément affectés, et même des portions d'os tout à fait ramollies à côté d'autres portions du même os conservant leur résistance et leur texture normales. Je possède plusieurs exemples de ce ramollissement partiel observé sur des sujets morts à la suite de cancers de l'estomac, du sein et de l'utérus...

» Si l'on examine de près la nature de l'altération du tissu, on acquiert par cette seule inspection la conviction que l'ostéomalacie et le rachitisme sont deux affections essentiellement différentes. Dans l'une, le tissu osseux est véritablement ramolli, comme carnifié par places, et ne conserve plus rien de la consistance ni de la texture de l'os sain : c'est comme si l'on avait versé sur le siége du ramollissement une liqueur très-énergique qui eût eu la propriété de faire disparaître immédiatement toute trace de sels calcaires, pour ne laisser plus qu'une trame fibro-cartilagineuse ou même charnue, présentant çà et là de larges aréoles semblables aux sinus veineux du foie ; cette trame est tantôt jaune rosé, tantôt rougeâtre, lie de vin, toujours élastique, se coupant très-facilement au couteau, mais quelquefois comme incrustée dans d'autres portions du tissu sain. Cette circonscription de la maladie est loin d'être constante ; à une époque très-avancée, il arrive souvent que tout le squelette a participé au ramollissement, et il ne reste plus, ainsi qu'on l'a vu dans quelques observations rapportées par les auteurs, aucune apparence de l'organisation primitive des os.

» Le mode de *terminaison* de l'ostéomalacie, qui est toujours fâcheux, ajoute aux traits de dissemblance qu'il y a entre elle et le véritable rachitisme. » Il résulte de ce ramollissement des distorsions des os, des déviations des membres, telles que les individus deviennent informes. Stanski en a cité et fait dessiner des exemples extrêmement remarquables.

Il résulte de ce qui précède que le traitement n'est guère que palliatif. Donner les *calmants* pour apaiser les douleurs, les toniques pour soutenir les forces, et s'opposer, s'il est possible, au progrès du ramollissement des os, telles sont les principales indications.

Néanmoins Trousseau et Lasègue (1), qui sont arrivés à des conclusions semblables à celles de J. Guérin sur la nature de l'ostéomalacie et sur la différence qui existe entre elle et le rachitisme, ont cité des faits pour démontrer que l'*huile de foie de morue*, employée à doses élevées et avec persévérance, peut procurer la guérison de cette maladie. En conséquence, on donnera ce médicament à la dose d'une cuillerée à bouche d'abord, puis de deux, de trois, de quatre, et plus encore s'il est supporté. Pendant l'été, Trousseau et Lasègue font prendre des *bains de rivière*, et pendant l'hiver des *bains sulfureux*.

(1) Trousseau et Lasègue, *Du rachitisme et de l'ostéomalacie comparés* (*Union médicale*, juin, juillet et août 1850).

ARTICLE XVII.

DIABÈTE.

[Le mot *diabète* est un nom générique par lequel on a désigné un certain nombre de maladies essentiellement distinctes, bien que quelques-unes aient de grands traits de ressemblance entre elles. Les progrès de la pathologie et l'étude attentive de l'altération des humeurs, faite dans ces dernières années, nous permettent aujourd'hui de rejeter entièrement du genre *diabète* plusieurs de ces affections, et de tracer une ligne de démarcation tranchée entre elles et celles qui peuvent encore, quoique d'une manière très-générale, se ranger sous cette dénomination peu précise : c'est ce que nous allons faire avant d'aborder la description des états morbides qui doivent trouver place ici.

Contour, dans son intéressante thèse (1), nous fait connaître les diverses phases par lesquelles a passé l'histoire du diabète dans les temps anciens ; et les conclusions qui en découlent naturellement nous serviront à établir avec rigueur la manière dont nous entendons que doit être envisagée l'affection diabétique.]

Si l'on en croit Nicolas et Gueudeville (2), le diabète aurait été connu dès la plus haute antiquité, et Aristote en aurait parlé ; mais les auteurs du *Compendium* n'ont pu trouver dans les écrits du philosophe grec aucun passage où il fût question de cette maladie. Presque tous les auteurs s'accordent à faire remonter seulement à Celse la connaissance du diabète ; mais la description donnée par cet auteur est très-sommaire, et ne peut se comparer à celle d'Arétée, qui est d'une grande précision. Quant aux auteurs qui vinrent ensuite, et principalement Aëtius (3), Paul d'Égine (4) et Actuarius (5), ils n'ont rien ajouté à ce que l'on savait avant eux, et il faut arriver à Willis pour voir l'histoire du diabète changer pour ainsi dire de face.

Avant ce dernier auteur, en effet, on ignorait complétement que la présence du sucre dans l'urine fût un des caractères essentiels du diabète proprement dit, maladie désignée pour cela sous diverses dénominations. Willis, en reconnaissant le goût de sucre ou de miel des urines diabétiques, mit sur la voie de la découverte ; toutefois l'existence de la matière sucrée n'avait pas été mise hors de doute par l'analyse. Pool et Dobson (1775), au rapport de Bouchardat (6), ne firent que l'entrevoir, et ce fut Cawley (1778) qui, par ses expériences chimiques, démontra, d'une manière péremptoire, la présence du sucre dans l'urine des diabétiques.

Nicolas et Gueudeville, non-seulement constatèrent l'exactitude de cette observation, mais encore étudièrent avec soin la maladie, et à l'aide des faits qu'ils avaient recueillis, tracèrent une histoire du diabète citée avec honneur par tous les

(1) Contour, *Du diabète sucré*, thèse. Paris, 1845.
(2) Nicolas et Gueudeville, *Rech. et exp. méd. et chim. sur le diabète ou phthisurie sucrée*. Paris, 1805.
(3) Aétius, titre III, sem. 3, cap. I.
(4) Paul d'Égine, *De re medica*, lib. III, cap. XLV.
(5) Actuarius, *De meth. med.*, lib. III, cap. VII et passim.
(6) Bouchardat, *Monographie du diabète sucré* (*Ann. de thérap.*, 1841).

auteurs venus après eux. Dupuytren et Thenard (1), peu de temps après, insistèrent fortement sur l'importance du régime animal dans le traitement de la maladie.

Récemment des travaux fort importants ont été entrepris sur le diabète : nous citerons ceux de Bouchardat (2), de Mialhe (3), de Cl. Bernard (4), qui ont donné des théories diverses de la maladie ; l'application de l'appareil de Biot à la recherche du sucre dans l'urine, les procédés chimiques pour découvrir ce sucre.

La découverte de la matière sucrée servit à distinguer une espèce de diabète de toutes les autres. Mais on n'en admit pas moins beaucoup d'autres qu'on regardait comme des affections sinon de même nature, au moins analogues. Ainsi Cullen (5) reconnaissait les espèces suivantes, divisées en deux sections : 1° *Diabète idiopathique*, comprenant le *D. mielleux* et le *D. insipide ;* 2° *diabète symptomatique*, comprenant le *D. hystérique*, le *D. arthritique* et le *D. artificiel*, qui n'est autre chose que le résultat des expériences de Malpighi sur un animal vivant. A ces espèces, qui sont, à peu de chose près, celles qu'on trouve dans Sauvages, il faudrait joindre, d'après divers auteurs, un *diabète laiteux*, un *diabète chyleux*, un *diabète par excès d'urée.*

Plusieurs auteurs, parmi lesquels on doit citer Andral et Bouillaud (6), rejetant la plupart des divisions anciennes, ont cependant décrit deux espèces différentes, qui sont le *diabète aqueux* ou *insipide*, et le *diabète sucré.*

Nous n'avons pas besoin de dire combien on aurait tort de regarder, avec Cullen et Sauvages, comme des diabètes, c'est-à dire comme des maladies caractérisées par une altération du liquide urinaire, les flux plus ou moins copieux d'urine qui s'observent à la suite des attaques d'hystérie, et qui accompagnent quelques autres états morbides. Quant aux urines laiteuses, chyleuses, purulentes, elles se trouvent dans d'autres affections (7), et ne méritent en aucune manière le nom de *diabète.*

Reste donc la division en *diabète aqueux* ou *insipide*, et *diabète sucré.* Si l'on veut conserver le mot *diabète*, il est difficile de repousser cette division, car on a vu des sujets présenter des symptômes fort analogues à ceux qui accompagnent la phthisurie sucrée, sans qu'il y eût un atome de sucre dans les urines, et ces deux affections ont tant de rapport, qu'on a fait tout ce qu'on devait, en les décrivant comme deux espèces distinctes. Mais s'il existe de nombreux points de ressemblance, il y a aussi des différences importantes, et, pour plus de précision, il vaut mieux abandonner entièrement cet ancien mot de *diabète*, comme on a abandonné celui de *dyspnée*, en tant que désignant une maladie et non un simple symptôme. C'est ce qui a été proposé par les auteurs qui ont écrit sur ce sujet dans ces der-

(1) Dupuytren et Thenard, *Sur le diabète sucré* (*Bulletin de la Société de médecine*, 1806, t. I).

(2) Voyez le résumé de tous les travaux de Bouchardat, dans le *Bulletin de l'Académie de médecine*, 31 mars 1850, t. XV, p. 538, et *Mém. sur le diabète ou glycosurie, son traitement hygiénique* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1852, t. XVI, p. 69).

(3) Mialhe, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1844 et 1845.

(4) Cl. Bernard, *Leçons sur les propriétés des liquides de l'organisme* (*Cours de médecine du Collége de France.* Paris, 1859, t. II).

(5) Cullen, *Éléments de médecine pratique*, t. II.

(6) Bouillaud, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris, 1830, article DIABÈTE.

(7) Voy. HÉMATURIE RÉNALE, PYÉLITE, etc.

nières années, et les considérations précédentes ont assez de poids pour motiver un néologisme qui, en tout autre état de cause, devrait être repoussé. On a décrit, en effet, sous les noms de *polyurie, glycosurie* et *hippurie*, trois états morbides différents qui ont fait partie, jusqu'à ces derniers temps, d'une affection complexe nommée *diabète*. La polyurie ne réclame pas un article à part, et nous allons seulement en dire quelques mots comme introduction à l'étude de la glycosurie. Quant à l'hippurie, elle sera traitée après le diabète.

1° POLYURIE, OU DIABÈTE INSIPIDE.

Sous le nom de *polyurie*, on doit réunir plusieurs états pathologiques désignés autrefois par l'expression de *diabète aqueux* ou *insipide*. Ce sont : 1° l'excrétion augmentée d'une urine qui ne diffère de l'urine à l'état normal que par la diminution relative des principes solides; 2° une affection dans laquelle, l'urine étant également abondante, on trouve une diminution très-notable ou même la disparition complète de l'urée; 3° enfin un état dans lequel l'urée est beaucoup plus abondante que dans l'état normal.

Ces deux dernières affections ont été appelées *anazoturie* ou *azoturie*, suivant que le principe constituant de l'urine qui vient d'être indiqué manque ou est plus considérable qu'à l'état sain.

§ I. — Symptômes.

La plupart des polyuries ne sont évidemment autre chose que la maladie décrite sous le nom de *polydipsie* (1). Seulement, dans quelques cas, l'urine n'est pas en rapport avec la quantité des boissons prises, et c'est à ces cas qu'il faut réserver particulièrement le nom de *polyurie*.

1° Lorsque l'urine des polyuriques ne présente d'autres caractères qu'une *diminution relative de ses principes solides*, il n'est pas rare de voir se maintenir un état de santé parfait, ou du moins très-supportable. Cardan, cité par Contour (2), a rendu, pendant quarante ans, de 60 à 100 onces d'urine par jour, sans qu'il éprouvât le moindre dérangement de sa santé, pas même un peu d'amaigrissement. La soif, en pareil cas, n'était pas augmentée. Les cas de ce genre sont rares. Ordinairement on *observe* un peu d'*affaiblissement*, une certaine *langueur*, l'*épaississement de la salive*, la *sécheresse de la gorge*, et enfin un peu d'*amaigrissement*. Ces symptômes, avec l'émission fréquente et incommode d'une *urine peu ou point colorée*, ayant *perdu une partie de sa pesanteur spécifique*, légèrement *acide* ou *neutre*, complètent le tableau de cette affection plutôt fatigante que grave.

2° Lorsque l'affection a pour caractère une diminution considérable ou la *disparition de l'urée*, les symptômes sont un peu plus sérieux. Voici ceux que Robert Willis observa chez un de ses malades, qui peut être donné comme un type : *soif*, *douleur au creux de l'estomac*, *langueur*, *amaigrissement*, *dépression* très-grande des *forces*, émission chaque jour de *six à sept chopines d'urine*, de *couleur paille*,

(1) Voy. MALADIES DES VOIES DIGESTIVES.
(2) Contour, *loc. cit.*

presque *sans odeur*, ne contenant que la *cinquième partie de son poids de résidu*, dont l'*urée constituait seulement la dixième partie*, au lieu de la moitié. Chez un malade observé par Stosch, on observait une soif vive, une *douleur poignante* au creux de l'estomac, l'amaigrissement, un affaiblissement considérable, l'émission chaque jour de 4 à 6 livres d'une urine ne contenant pas de sucre, et présentant à peine quelques traces d'urée (1). Ces symptômes sont, comme on le voit, identiques, à quelques nuances près, dans les deux cas.

3° Quand, au contraire, il existe un *excès d'urée*, qu'il y a, en autres termes, *azoturie*, les symptômes paraissent être un peu plus graves, quoiqu'ils ne soient pas différents par leur nature, si l'on s'en rapporte du moins à la description donnée par Robert Willis. Ce sont encore la *soif* assez vive, la *langueur*, la *diminution des forces* et l'*émaciation*. L'*urine*, dont la quantité est augmentée d'une manière notable, est transparente, peu colorée, d'une odeur presque nulle, et d'une densité ordinairement élevée. L'analyse chimique y fait reconnaître une quantité d'urée parfois très-considérable, et toujours plus grande qu'à l'état normal.

§ II. — Durée, diagnostic, pronostic.

La polyurie a une marche toujours très-lente, sa *durée* est indéterminée; elle ne tend pas naturellement à la guérison, quelle que soit la nature de l'urine excrétée.

Le *diagnostic* ne présente pas de difficultés sérieuses; on distingue une véritable polyurie d'une simple *polydipsie* aux rapports qui existent entre la quantité des boissons ingérées et de l'urine excrétée. Dans la véritable polyurie, les urines sont beaucoup plus abondantes que ne le comporte la quantité des boissons; dans la polydipsie, au contraire, la quantité de l'urine est en proportion de la quantité des liquides ingérés.

Reste donc seulement le diabète sucré, ou *glycosurie ;* mais la présence du sucre, qu'il sera facile de reconnaître avec les moyens que nous indiquerons, est un signe pathognomonique, et suffit, par conséquent, pour le diagnostic.

Le *pronostic* n'a pas généralement une grande gravité; cependant nous avons vu que dans les cas d'*azoturie* et d'*anazoturie*, l'affection peut devenir sérieuse.

§ III. — Traitement.

Le *traitement* diffère suivant les variétés indiquées plus haut.

Pour la simple polyurie, on doit employer uniquement les moyens mis en usage dans la *polydipsie*. Ce sont l'*opium*, les *antispasmodiques*, les *ferrugineux*, les *toniques*, les *astringents*, le *calomel*, etc. (2).

Dans les cas d'*anazoturie*, on doit joindre à ces moyens le *régime* presque exclusivement *animal*, et dans les cas d'*azoturie* il faut au contraire les aider du *régime végétal*.

(1) Contour, p. 70 et 71.
(2) Voy. POLYDIPSIE.

2° GLYCOSURIE (1), OU DIABÈTE SUCRÉ.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

« Le diabète, dit Contour, est une maladie caractérisée par une excrétion très-abondante d'urine contenant toujours une matière saccharine cristallisable analogue au sucre de fécule, accompagnée d'une augmentation notable de l'appétit, d'une soif inextinguible et d'un amaigrissement progressif. »

Cette affection a été désignée d'abord par le nom générique de *diabète*, puis par ceux de *urinæ profluvium*, *tabes urinalis*, *dysenteria nephretica*, *hydrops ad matulam*, *dipsacus*, *diabetes anglicus*, *mellitus urorrhea*. Les Allemands lui donnent les noms de *Harnfluss*, *Harnruhr*, etc. Bouchardat a proposé de lui donner celui de *glycosurie*, qui a l'avantage de désigner le principal caractère de la maladie, et de supprimer l'ancien mot de *diabète*, qui peut donner lieu à la plus grande confusion. C'est cette dénomination qui nous paraît devoir être définitivement adoptée.

Sans être maladie commune, la glycosurie est loin d'être rare ; on peut en juger par le grand nombre d'auteurs qui en ont parlé, et qui, presque tous, l'ont fait d'après des observations qui leur étaient propres.

§ II. — Causes.

Les unes, celles qu'on doit étudier dans toutes les maladies, peuvent être divisées en causes prédisposantes et occasionnelles ; beaucoup d'entre elles sont très-obscures. Les autres peuvent être désignées sous la dénomination de *conditions organiques*, et c'est en les recherchant que nous exposerons et apprécierons les diverses théories pathogéniques présentées par les auteurs.

1° *Causes prédisposantes* — *Age*. — « C'est, dit Contour, dans la période moyenne de la vie, c'est-à-dire de trente à quarante ans, que la diabète s'observe le plus fréquemment ; toutefois aucun âge ne paraît en être à l'abri. Ainsi, bien qu'à l'hôpital des Enfants cette maladie soit excessivement rare, et que Guersant m'ait dit n'en avoir jamais rencontré que deux exemples, tant à l'hôpital que dans clientèle, Venables l'a observée assez souvent à Londres, chez de jeunes sujets, mais peut-être a-t-il été trop loin en disant que cette affection est très-commune chez les enfants, et que, si l'opinion contraire a prévalu, c'est que le plus souvent on en méconnaît l'existence. » Plusieurs auteurs, tels que Mac-Gregor, Robert Willis, Rollo (2), Johnson, Bouchardat, l'ont observée chez des enfants de trois à neuf et douze ans. Hauner (3) en a observé un cas chez un enfant d'un an. Heim (de Berlin) en rapporte deux observations chez deux enfants, l'un de sept, l'autre de neuf ans (4). Nous-même avons vu un enfant de six ans mourir de

(1) Il y a quelques années, on écrivait *glucosurie* : c'était à tort, ainsi que le fait remarquer Littré ; car le mot grec γλυκύς doit se traduire en français par *glycose*. (Voy. *Dictionnaire de médecine* de Nysten, 12e édit. Paris, 1865.)

(2) Rollo, *Traité du diabète sucré*, in-8°. Traduit de l'anglais par Alyon. Paris, an VI.

(3) Hauner, *Diabète sucré chez un enfant*. — Casper's *Wochenschrift* (*Union médicale*, 21 janvier 1851, p. 31).

(4) Heim, *Journ. für Kinderkrankheiten*.

cette maladie. C'est dans la vieillesse que la glycosurie paraît être le plus rare : en effet, on n'en a trouvé que très-peu d'exemples à cet âge; ils sont dus à P. Frank et à M. Berndt; nous en avons observé un chez un vieillard de soixante et douze ans.

Sexe. — Suivant Robert Willis, le sexe n'a aucune influence sur la production de la glycosurie ; cependant la plupart des auteurs affirment que cette maladie est beaucoup plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Constitution. — Les auteurs ne sont nullement d'accord sur l'influence de la constitution. On devra prendre garde, dans les recherches qu'on entreprendra, de s'en laisser imposer par la détérioration que produit nécessairement la maladie, ou, en d'autres termes, de confondre la constitution acquise avec la constitution primitive.

Saisons, climats. — « Le diabète, dit Contour, n'est nulle part plus commun qu'en Hollande et en Angleterre, et Robert Willis dit que son ami le docteur Babington lui a appris que, pendant qu'il se préparait à passer un examen à Cambridge, son père, qui avait alors une clientèle très-étendue, put lui montrer trente-trois cas de cette maladie à une seule époque, et, dans chacun des cas, on s'assura que l'urine était sucrée. On a cru voir dans la température froide et humide du climat la seule cause de cette fréquence; mais la manière de vivre des habitants de ces contrées a peut-être une influence plus grande sur la production de la maladie que la constitution même de l'atmosphère. On voit, en effet, le diabète devenir plus rare dans d'autres pays froids, et se montrer très-fréquent dans certains pays chauds. Ainsi, le decteur Lefèvre dit qu'il compulsa les registres des principaux hôpitaux civils et militaires de l'empire russe, et qu'il n'y trouva pas mentionné un seul cas de diabète. James Wylie n'en a pas non plus rencontré un seul exemple parmi plus de deux millions de soldats qu'il a pu examiner comme inspecteur militaire; toutefois P. Frank en a observé deux cas dans un assez court espace de temps. D'un autre côté, le diabète est loin d'être rare au Bengale, à Ceylan, à Saint-Domingue, en Égypte, où l'Arabe Rabbi Moyses l'a vu vingt fois en dix ans, ce qui signifie, ajoute-t-il : *Quod multoties generatur* (diabetes) *in regionibus calidis, et fortè accidit in regione Ægypti, saporitate aquæ Nili, quam omnes bibunt.* » P. Frank l'a rencontré plus souvent en Italie qu'en Allemagne. Pendant vingt ans, dit-il, que nous avons exercé chez les différents peuples de l'Allemagne, notre patrie, nous n'avons vu que trois fois cette maladie, que bien des personnes n'ont jamais observée. En Italie, dans le court espace de huit ans, nous en avons rencontré sept exemples. En France, le diabète est assez commun, et Rayer en a vu plus de trente cas. Les quelques observations que nous avons recueillies nous avaient porté à le croire plus fréquent en Normandie, et nous trouvons cette opinion émise et soutenue par Nicolas et Gueudeville, qui attribuent cette fréquence à la nourriture des habitants de cette province, et surtout aux boissons fermentées, comme le cidre, par exemple, dont ils font un très-grand usage.

On a cité l'*hérédité* parmi les causes prédisposantes de la glycosurie, et plusieurs faits, parmi lesquels il faut citer particulièrement ceux d'Isenflamm, qui a vu sept enfants de la même famille affectés de la maladie qui nous occupe, viennent à l'appui de cette manière de voir. Mais les individus d'une même famille, tant qu'ils restent rassemblés, se nourrissent de la même manière, et sont soumis à la même

hygiène. En dégageant ce qui peut appartenir à ces dernières causes, que resterait-il pour l'hérédité ? C'est ce que nous ne pouvons pas dire dans l'état actuel de la science.

Les autres causes qui nous restent à étudier peuvent être regardées comme occasionnelles, bien que la plupart d'entre elles n'agissent qu'au bout d'un certain temps, et qu'elles puissent ainsi jouer le rôle de causes prédisposantes.

2° *Causes occasionnelles.* — *Aliments, boissons.* — Parmi les causes occasionnelles, celle qui tient la première place dans l'opinion de la plupart des auteurs est, sans contredit, l'alimentation. Contour accorde la plus grande importance à cette cause. « On est frappé, dit-il, en lisant les observations qui nous ont été transmises, du grand nombre de diabétiques qui ne doivent leur maladie qu'à une *nourriture insuffisamment réparatrice* ou exclusivement *végétale.* Parmi les *aliments*, il faut, ajoute-t-il, signaler, en première ligne, tous ceux dans la composition desquels entre l'*élément féculent* ou *sucre ;* parmi les *boissons*, celles qui sont le produit de la *fermentation*, comme la *bière*, le *poiré*, le *cidre*, etc., ou bien encore les *boissons aqueuses et chaudes* prises habituellement en grande abondance. » Puis il rapporte un nombre assez considérable de faits dans lesquels la maladie paraît s'être développée ou aggravée sous l'influence de ces diverses causes, et il est porté à croire que si, dans certains pays, comme l'Angleterre ou la Hollande, elle est beaucoup plus fréquente que dans tout autre, c'est parce que l'on fait abus de quelques-unes des boissons qui viennent d'être indiquées.

Il faut sans doute quelque autre condition particulière, puisque les boissons dont il vient d'être question sont d'un usage excessivement répandu, et que la fréquence de la maladie ne paraît pas en rapport avec l'abus qu'on en fait. Nous allons voir que chez un homme sain, qui n'a pas, par conséquent, en lui le principe de la maladie dont nous nous occupons, les matières alimentaires contenant du sucre ou des fécules sont décomposées dans nos humeurs, et que leur passage en nature dans l'excrétion urinaire, qui est implicitement admis par ceux qui accordent une si grande influence à l'alimentation, n'est possible que lorsqu'une autre cause plus puissante est venue empêcher cette décomposition. Enfin les expériences de Cl. Bernard sont venues prouver qu'une certaine perturbation nerveuse, très-mystérieuse encore, il est vrai, doit agir comme une cause très-puissante. D'où il sui que, sans dénier toute influence à l'alimentation sur la production de la maladie, on ne saurait admettre u'elle en ait une aussi grande qu'on l'a dit, ou du moins faudrait-il, pour établir une semblable conclusion, attendre qu'on pût s'appuyer sur des faits plus sévèrement étudiés et analysés. Déjà Cl. Bernard a démontré que la production du sucre se fait pendant la digestion, et Harley (1) a, par des expériences très-intéressantes, fait voir que l'injection de matières excitantes (éther, chloroforme, alcool, ammoniaque) dans la veine porte est suivie d'une excrétion abondante de sucre par les urines.

Reste maintenant un certain nombre d'autres causes très-problématiques ; il suffira d'en donner l'énumération rapide, présentée par Contour (2): « Ce sont l'*abus des purgatifs*, des *diurétiques*, des *mercuriaux ;* l'affaiblissement causé par de

(1) Harley, *Recherches sur la physiologie du diabète sucré.* Paris, 1853.
(2) Contour, *loc. cit.*, p. 77.

grandes *hémorrhagies;* les saignées trop fréquentes, les *suppurations* abondantes, les *travaux trop pénibles* du corps ou de l'esprit, les chagrins profonds, les *maladies chroniques* qui ont exigé une diète sévère, l'*abus des plaisirs de l'amour*, les *fièvres intermittentes* de longue durée, les *névralgies rebelles*;... un *refroidissement* général du corps; la *suppression d'un flux habituel*, de *quelques exanthèmes*, de la sueur des pieds; une *maladie de la moelle épinière*, une *inflammation* simple ou calculeuse des *reins*, la *grossesse*;... la *morsure du serpent dipsas*, la *présence d'un insecte dans les voies urinaires*;... la *contagion*. »

Plusieurs de ces causes ne méritent pas d'être discutées; quant aux autres, elles auraient besoin, pour être admises, de la sanction de l'expérience. Il faut seulement faire réserve pour le *refroidissement* et la *suppression de la transpiration*; mais nous renvoyons l'étude de cette cause au paragraphe suivant, consacré aux conditions organiques, parce que la suppression de la transpiration est, dans certaines théories, regardée comme le point de départ nécessaire ou du moins le plus ordinaire de la maladie.

Reynoso (1) établit que lorsque la respiration vient à être troublée, soit par une maladie propre du poumon, soit par l'effet d'une autre affection qui jette quelque trouble dans son accomplissement normal, il y a du *sucre* dans les urines. Il en a aussi constaté la présence dans les urines des tuberculeux; la quantité en était d'autant plus grande que la période de la maladie était plus avancée. Outre les différentes affections de l'appareil pulmonaire, Reynoso ajoute que chez les malades traités par le carbonate de fer, la présence du sucre dans les urines avait été également constatée.

Mis sur la voie par les faits cités par Reynoso, Dechambre (2) a fait de nouvelles observations, et a trouvé habituellement du sucre dans les urines des *vieillards*.

3° *Conditions organiques.* — Jusqu'à ces dernières années, les idées qu'on se faisait sur la cause prochaine, ou plutôt sur la cause organique de cette maladie, étaient pleines de vague et d'incertitude.

Dire avec Cullen, que la maladie est due à une *aberration des forces assimilatrices*, c'est constater un fait sans jeter beaucoup de lumière sur la question. Rollo admettait la *suroxygénation des humeurs animales*, ce qui doit être vrai d'après la théorie de Mialhe; mais quelle est la cause de cette suroxygénation? C'est ce que Rollo ne nous apprend nullement. Ce médecin admettait, du reste, que le siége primitif de la maladie est dans les *voies digestives*, ce qui rapproche cette manière de voir de celle qui a été un instant soutenue par Dezeimeris (3). Ce dernier regardait la maladie comme due à une *irritation des reins*, suite d'une *gastrite chronique*. Cette opinion a dû être abandonnée en présence des faits cliniques.

Nous trouverons, dans l'étude des symptômes, la *dépravation de la transpiration* cutanée admise par Richter, Clarke et Marsh; mais ce n'est là qu'un point

(1) Reynoso, Note communiquée à l'Académie des sciences : *De la présence du sucre dans les urines* (*Union médicale*, 4 décembre 1851, p. 579, et *Comptes rendus de l'Académie des sciences* du 1er novembre).

(2) Dechambre, *Note sur la présence habituelle du sucre dans l'urine des vieillards* (*Union médicale*, 8 juin 1852, p. 274, et *Presse méd. belge*).

(3) Dezeimeris, *Mém. de la Soc. médicale d'émulation*. Paris, 1826, t. IX, p. 214.

de départ de la maladie, et il reste à expliquer comment une dépravation quelconque de la transpiration cutanée peut déterminer la présence du sucre dans les urines, caractère essentiel de la glycosurie.

Lorsqu'on regardait la diminution notable ou la disparition de l'urée comme un phénomène propre à la maladie qui nous occupe, on pouvait croire à un travail particulier qui se passait dans l'organisme, et qui *transformait l'urée en sucre*, d'autant plus que Prout avait montré l'analogie de composition de l'urée et du sucre; mais, comme le fait observer Bouchardat, « cette spéculation n'est plus qu'ingénieuse, depuis qu'on a trouvé que les diabétiques rendaient au moins autant d'urée que les personnes en santé. »

Restent encore quelques autres théories, mais d'une si faible valeur, qu'elles ne méritent pas d'être mentionnées.

Bouchardat (1), le premier, a présenté une théorie appuyée sur des expériences chimiques et sur des faits intéressants, et plus récemment Mialhe, étudiant les transformations de certains aliments par suite de l'insalivation et de l'action du sang sur la matière sucrée absorbée, en a présenté une nouvelle. Ce sont ces deux théories qui, avec les expériences de Claude Bernard (2), nous occuperont particulièrement ici.

Théorie de Bouchardat. — Déjà Mac Grégor (3) avait prouvé que le sucre se trouve tout formé dans l'estomac, lorsque Bouchardat, qui, très-probablement, ne connaissait pas, dit Contour, les idées de Mac Grégor et de Rollo, dit d'une manière bien positive que les aliments féculents seuls sont transformés en sucre, et que l'agent de cette transformation *est un principe existant dans l'économie des diabétiques, qui aurait sur l'amidon une action toute semblable à celle de la diastase.* Les acides ne sauraient jouer le rôle de ce principe, parce que, dit-il, il a vérifié depuis longtemps que les acides, ou minéraux, ou organiques, n'auraient aucune influence pour transformer la fécule en sucre, à la température où la digestion s'effectue. Pour appuyer sa théorie, Bouchardat affirme avoir constamment observé que, chez tous les diabétiques, la quantité de sucre contenu dans l'urine était toujours en raison directe de la quantité de pain ou d'aliments féculents ou sucrés; que la quantité de sucre diminuait quand on venait à diminuer la quantité des aliments sucrés ou féculents; et qu'enfin elle disparaissait si l'on cessait complétement l'usage de ces aliments. « La soif elle-même, dont sont tourmentés les » malades diabétiques, trouve, dit Bouchardat, une explication tout à fait satisfai- » sante dans les faits que nous connaissons sur l'action de la diastase sur l'amidon. » Pour que la transformation de l'amidon en sucre soit complète, il faut que la » fécule soit dissoute dans sept fois environ son poids d'eau. Eh bien, un phéno- » mène semblable s'observe chez les diabétiques : pour que la transformation de » l'amidon en sucre, qui est une nécessité forcée de leur état, puisse s'effectuer, il » leur faut sept parties d'eau; et, tant qu'ils ne l'ont pas ingérée, ils sont tourmen- » tés d'une soif à laquelle ils ne peuvent résister. »

(1) Bouchardat, *Monographie sur le diabète sucré* (*Annuaire de thérapeutique, etc.* Paris, 1844). — Voy. aussi un résumé de tous les travaux de cet auteur dans le *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 31 mars 1850, t. XV, p. 448.

(2) Cl. Bernard, *Nouvelle fonction du foie considéré comme organe producteur de la matière sucrée*. Paris, 1853. — *Leçons de physiologie expérimentale*. Paris, 1855.

(3) Mac Gregor, *London medical Gazette*, 13 et 29 mai 1837.

« Mais, ajoute Contour, ce principe analogue à la diastase, qui ne serait qu'une modification de l'albumine, n'a jamais été, que je sache, matériellement démontré, et, pour en admettre la présence, Bouchardat est forcé d'avoir recours à une hypothèse qui ne nous paraît malheureusement pas probable. Pour lui, le point de départ de la maladie serait dans l'*interruption brusque de la sécrétion acide de la peau;* par suite de cette suppression, la sécrétion alcaline des glandes intestinales serait remplacée par une sécrétion acide, et l'observation lui a montré que « par » tout où les acides organiques existent en proportion notable, on rencontre à côté » cette modification de l'albumine, qui agit en transformant la fécule en sucre. » Voilà ce qui s'observe dans la maturation de tous les fruits; la même coïncidence » doit se présenter dans l'économie diabétique. » S'il en était ainsi, observe Contour en terminant, comment expliquer la maladie dans les cas rares, il est vrai, mais cependant bien observés, où les fonctions de la peau n'ont offert aucune altération? Pourquoi la maladie ne disparaît-elle pas lorsque la sécrétion acide de la peau reparaît, soit spontanément, soit sollicitée par des moyens thérapeutiques? »

Théorie de Mialhe (1). — Tel était l'état de la question lorsque Mialhe s'en est occupé. On voit que dans toutes les théories précédentes, on admettait : 1° que si, par une cause quelconque, et dans tout état de santé, du sucre arrivait tout formé dans le sang, il devait être rejeté en nature par les urines; 2° que les diabétiques seuls transformaient certains aliments en sucre; d'où provenait l'état particulier de leurs urines. Mialhe, par des expériences dont le résultat est incontestable, a démontré d'abord que la *diastase* existe à l'état normal dans la salive, et Bouchardat et Sandras l'ont retrouvée depuis dans le produit sécrétoire du pancréas. D'où il suit que tout individu qui insalive les aliments amylacés doit les convertir en glycose. Or c'est ce dont on s'assure non-seulement par une expérience rigoureuse, c'est-à-dire en faisant macérer de l'amidon dans la salive et en étudiant ensuite le produit, mais encore par une expérience bien simple, qui n'a pas, il est vrai, la rigueur d'une analyse chimique, mais qu'il faut faire connaître, parce qu'elle est instantanément à la portée de tout le monde. Si l'on mâche un pain azyme, on sent bientôt, sous l'influence de l'insalivation, se développer un goût sucré très-manifeste qui annonce la transformation de l'amidon en matière sucrée. Cette transformation n'est donc pas douteuse chez les sujets sains aussi bien que chez les diabétiques, et, chose remarquable, on est forcé de reconnaître que la saccharification des aliments féculents est plus facile et plus prompte chez les premiers que chez les derniers, car les diabétiques ayant très-peu de salive, une grande partie des matières féculentes doit échapper à l'action de ce liquide.

Cette transformation, d'ailleurs, est nécessaire, car autrement les matières féculentes cesseraient d'être alimentaires, puisqu'elles ne sont pas absorbables, et ne le deviennent qu'après avoir subi l'action de la diastase.

Voilà donc un premier fait d'une importance capitale : c'est que chez tous les sujets sans exception la *saccharification des matières féculentes se fait sous l'influence de la diastase qui existe à l'état normal dans le liquide sécrété par les glandes salivaires et pancréatiques*. Mais, s'il en est ainsi, pourquoi les sujets diabétiques rendent-ils par les urines le sucre absorbé à la surface des voies digestives,

(1) Mialhe, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1844 et 1845.

tandis que rien de semblable n'a lieu à l'état sain ? Le sang, où viennent nécessairement se rendre les substances absorbées, est très-alcalin à l'état normal ; or, si l'on met en contact du sucre de fécule avec un liquide très-alcalin, ce sucre subit nécessairement un changement d'état, comme on peut s'en assurer par l'expérience suivante. Mélangez une certaine quantité de ce sucre avec un liquide peu alcalin, neutre ou légèrement acide, ajoutez du deutoxyde de cuivre, chauffez, vous n'obtenez aucun résultat ou un résultat très-faible ; faites ensuite entrer dans le mélange un alcali, un fragment de potasse caustique, par exemple, et aussitôt le liquide prend une teinte d'un jaune rougeâtre, qui annonce que le deutoxyde de cuivre a été réduit à l'état de protoxyde. Cet effet ne peut évidemment s'expliquer que par un changement survenu dans la matière sucrée qui, sous l'influence de l'alcali, a acquis un pouvoir désoxygénant manifeste. Le même effet est obtenu à l'aide des alcalis carbonatés, et le pouvoir désoxygénant de la glycose transformée se fait sentir aussi bien que sur d'autres corps très-oxygénés, comme le peroxyde de plomb qu'il réduit en protoxyde, et les sels de peroxyde de fer qu'il réduit en sels de protoxyde, etc.

Cela posé, il est facile d'expliquer la présence du sucre dans l'urine des diabétiques, et son absence chez les hommes sains. Chez ces derniers, l'alcalinité naturelle du sang suffit pour la transformation de la matière sucrée, qui, en cet état, doit avoir un rôle important dans le grand acte de la nutrition, quoiqu'il nous soit impossible de dire d'une manière précise quel est ce rôle. Mais chez les diabétiques le sang est trop peu alcalin ; la transformation de la glycose en matière désoxygénante ne peut donc avoir lieu ; le sucre devient un corps étranger dans l'économie, et, comme tel, est rejeté par les glandes rénales. Mialhe a voulu appuyer ces faits par des expériences sur les végétaux, et ces expériences, il les a empruntées à Fremy (1). On sait que, dans les végétaux, la fécule est, sous l'influence de la diastase, transformée en sucre qui, porté par la séve, va se rendre dans diverses parties, et principalement dans les fruits ; or la séve est neutre ou acide, et le sucre n'y est pas dénaturé ; mais si, à l'exemple de Fremy, on fait absorber aux végéaux des substances alcalines, et si, par là, on rend la séve alcaline elle-même, la réaction a lieu, le sucre de fécule subit la modification indiquée plus haut, les fruits ne sont plus sucrés. Ce second fait, c'est-à-dire la *transformation du sucre par le sang alcalin à l'état normal, et sa non-transformation par le sang trop peu alcalin des diabétiques*, est non moins important que le précédent qu'il vient compléter.

Il est une objection qu'il faut prévenir d'avance. Le sang est quelquefois plus fortement alcalin chez les diabétiques, soit que la maladie n'ait pas atteint son summum, soit que, sous l'influence d'une certaine médication, l'alcalinisation ait lieu ; mais, en pareil cas, le degré d'alcalinité de ce liquide n'est pas suffisant, ou, en d'autres termes, la quantité d'alcali nécessaire pour décomposer tout le sucre absorbé ne s'y trouve pas. Supposons qu'il faille atome pour atome ; si la quantité du sucre est à la quantité d'alcali comme 4 est à 2, il est évident que la moitié du sucre absorbé ne sera pas transformée et passera dans les urines. Cela explique les divers degrés de la glycosurie.

(1) Fremy, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, octobre 1844.

Quelle est la cause qui rend trop peu alcalin le sang des sujets affectés de glycosurie? Bouchardat signale la *suppression de la sécrétion acide de la peau ;* c'est également à cette suppression que Mialhe a principalement recours pour expliquer l'état du sang. L'acide qui ne s'échappe pas par la transpiration reste, en effet, dans ce liquide et neutralise en partie ses alcalis.

Nous avons vu l'objection adressée par Contour à Bouchardat sur l'existence de cette cause, et cette objection se représente ici. On a cité des faits dans lesquels la sécrétion de la peau a été normale, et d'autres dans lesquels, après avoir été suspendue, elle s'est rétablie sans que le sucre ait disparu des urines. D'un autre côté, les observations n'ont généralement pas pu être faites avec assez de soin pour qu'on puisse dire d'une manière formelle si la suppression de la transpiration a préexisté à l'apparition du sucre dans les urines, ou si, au contraire, celle-ci a eu lieu la première. Il y a donc nécessairement une autre cause qui, sinon dans tous les cas, du moins dans un certain nombre, rend le sang trop peu alcalin. Cette cause, Mialhe la trouve dans l'*abus des acides* pris principalement sous forme de boisson, et, à ce sujet, il nous a cité un cas des plus remarquables. Les boissons acides avaient été prises pendant plusieurs mois comme rafraîchissantes, ou plutôt comme débilitantes, et le malade ayant persisté malgré le début de la glycosurie, le mal avait fait les plus grands progrès.

Ainsi nous trouvons dans l'étude des causes un nouveau motif d'admettre cette théorie. Peut-être dira-t-on que la recherche de ces causes n'a pas porté sur un nombre suffisant de faits; nous ne prétendrons pas le contraire, mais tout porte à croire que les faits nouveaux, s'ils sont bien observés, viendront confirmer ce que quelques observations nous apprennent, et n'en fût-il même pas ainsi, ce que l'on peut à peine supposer, la théorie de Mialhe n'en serait pas ébranlée, elle resterait toujours la plus satisfaisante et la plus complète. Il faudrait rechercher seulement quelle est, dans certaines circonstances, la cause réelle de l'état du sang; mais la transformation de la fécule en matière sucrée par la diastase, et le défaut d'action du sang trop peu alcalin sur cette matière sucrée, n'en seraient pas moins très-admissibles; or ce sont là des points fondamentaux de cette théorie si ingénieusement trouvée et si bien établie sur des expériences positives.

Capezzuoli (1) n'accepte pas néanmoins cette théorie, se fondant en cela sur des observations qui lui sont propres. Nous n'avons pas pu malheureusement consulter le mémoire de cet auteur ; mais si l'on examine les conclusions indiquées dans le *Journal des connaissances médicales*, on ne voit nullement ce qu'il peut y avoir, dans les faits cités par Capezzuoli, de contraire à la théorie de Mialhe. Chez les sujets observés par l'auteur italien, le sang avait sa quantité normale de fibrine, et les principes solides du sérum étaient au-dessus du chiffre normal. En quoi cela renverse-t-il la théorie précédente ?

Nous aurons d'ailleurs, en parlant du traitement, à citer des faits qui viennent à l'appui des résultats signalés par Mialhe.

[*Recherches de Claude Bernard sur la glycogénie.* —Les recherches de Claude Bernard (2) modifient profondément toutes les opinions acceptées jusqu'à présent

(1) Capezzuoli, *Gazette de Toscane,* et *Journal des connaissances médicales,* novembre 1845.
(2) Cl. Bernard, *Leçons sur les propriétés physiologiques et les altérations pathologiques des liquides de l'organisme.* Paris, 1859, t. II.

sur la pathogénie du diabète, et la plupart des médecins se rallient actuellement à celles de l'illustre physiologiste. Voici l'analyse de ses observations (1859) :

Le sucre ou *glycose* existe constamment dans le sang, où il se décomposerait incessamment en acide carbonique et en eau, qui sont expulsés par le poumon, l'urine, etc. Le sucre du sang peut cependant passer dans l'urine; mais il faut, pour que ce passage ait lieu, que ce produit soit en excès dans le sang, c'est-à-dire qu'il doit y être versé en plus grande quantité qu'il n'en est détruit. Or, il n'y a excès à proprement parler que quand il atteint la proportion de 3 pour 100 du résidu sec du sang (Lehmann). Alors le sang des veines superficielles elles-mêmes et tous les tissus contiennent de la glycose. Il résulte de là que, même chez un diabétique, si la proportion indiquée vient à décroître dans le sang, l'urine ne contiendra plus de sucre, mais cela n'a lieu que d'une manière passagère.

Quelle est la cause de cette accumulation dans le sang? Il y en a plusieurs. L'absorption en est une : on peut rendre un animal diabétique en lui faisant absorber du sucre dans certaines conditions; en lui en ingérant, par exemple, dans les voies digestives après vingt-quatre ou trente-six heures d'abstinence. L'absorption est alors très-active et introduit dans le sang une quantité de sucre qui, trop considérable pour être détruite, passe en partie dans les urines. L'exagération de la sécrétion de sucre par le foie est une autre de ces causes.

Le foie, ainsi que Claude Bernard l'a établi, produit du sucre et le verse dans le sang. Il peut y en verser tantôt plus, tantôt moins; les variations de cette sécrétion suffisent à tout expliquer.

Ici il importe de signaler une différence radicale entre cette théorie, basée sur des expériences incontestables, et les théories précédentes, appuyées seulement sur des hypothèses. Puisque le sucre ne se trouve pas normalement dans la veine porte, puisqu'il se forme dans le foie, pour être, de là, versé dans la veine cave, le cœur, les poumons, etc., il est évident qu'il ne provient pas des voies digestives; il est évident qu'il ne dépend ni de la nature des aliments, ni d'une altération chimique particulière qu'ils subiraient dans les voies digestives, ni enfin d'aucune lésion pathologique de celles-ci. Ainsi, dans l'ordre anatomique, l'appareil formateur du sucre est plus éloigné qu'on ne l'avait pensé jusqu'à présent. Si quelquefois on a trouvé du sucre dans la matière des vomissements des diabétiques, c'est que l'individu était en quelque sorte saturé; et les sécrétions de l'estomac en contenaient alors comme tous les liquides et comme tous les tissus. Mais à une dose un peu moindre, l'urine en présente encore lorsque la plupart des liquides n'en offrent plus de traces.

Parmi les influences qui augmentent la sécrétion du sucre hépatique, Cl. Bernard a surtout noté l'activité de la digestion et les troubles nerveux.

« Le matin, à jeun, le sang renferme le moins de sucre possible en santé, comme chez les diabétiques; c'est à ce moment qu'on peut, chez ces derniers, ne rencontrer de sucre ni dans le sang ni dans l'urine. Plus tard le sujet mange, la circulation abdominale est activée, il sort du foie plus de sang et plus de sucre; dès lors un excès de sucre peut passer dans le sang artériel. Chez l'individu en santé, cela ne suffit pas encore pour que le sucre apparaisse dans les urines, mais chez un sujet légèrement diabétique, cette cause peut suffire pour produire de la glycosurie. On a cité beaucoup de malades qui étaient dans ce cas, et j'ai pu moi-même en

observer. Cette intermittence s'observe au déclin de la maladie, chez les diabétiques qui guérissent, alors qu'au milieu de la maladie l'augmentation du sucre était telle que les urines en renfermaient toujours. L'état de digestion constitue donc une prédisposition passagère à la glycosurie.

» Mais cette influence serait insuffisante s'il n'y avait dans les diabétiques exagération de quelques-uns des phénomènes de la digestion. Les influences qui amoindrissent les actes digestifs peuvent amener une cessation temporaire des symptômes du diabète. Qu'une maladie fébrile, la variole, la rougeole, une pneumonie, vienne intercurremment frapper un diabétique, le sucre pourra disparaître de l'urine pour y réapparaître lorsque le malade reviendra à la santé. C'est donc là une affection chronique singulière, en ce qu'elle exige pour se manifester une sorte d'intégrité fonctionnelle qui est d'ordinaire l'apanage de la santé (1). »

Souvent le diabète peut être l'expression d'un état de souffrance de certaines parties des centres nerveux. La piqûre du plancher du quatrième ventricule produit un diabète temporaire. L'explication de ce fait singulier est la suivante : lorsqu'en piquant le plancher du quatrième ventricule, on blesse les origines des nerfs qui vont au foie (*système nerveux sympathique*, Jacubowitch), on produit une augmentation notable du courant circulatoire qui traverse cet organe.

Cet excès de production de sucre sous l'influence d'une circulation plus active provient d'un contact plus étendu entre le sérum du sang et la matière glycogène insoluble que sécrète le foie. Pour bien comprendre ce fait, il faudrait rappeler les différences remarquables qui existent dans la circulation au sein des organes dont les fonctions sont intermittentes. Nous sommes obligé de renvoyer pour cela au livre déjà cité de Claude Bernard.

Pour compléter ce rapide exposé, nous devons ajouter ici que le même expérimentateur ne nous dit pas que l'accumulation du sucre dans l'économie vient de ce que ce produit n'est pas brûlé dans le poumon ; ou, s'il a pu le penser à une certaine époque, il a dû renoncer à cette opinion.

[Les recherches de Claude Bernard, malgré les objections qui leur ont été faites et que nous examinerons plus loin, établissent un point capital, à savoir, que le sucre diabétique est le résultat d'une opération qui se passe normalement dans l'organisme (glycogénie), et qu'en apparaissant dans l'urine, il ne fait que traduire un excès ou une déviation de fonctionnement. Et comme, d'après l'éminent physiologiste, c'est le foie qui est l'organe formateur du sucre, la glycosurie dépend d'un surcroît d'activité de la glande hépatique, d'une exagération de la glycogénie.

La théorie nouvelle sur la pathogénie du diabète rallia d'abord tous les médecins. Cependant quelques objections ont surgi qui paraissent devoir en faire modifier quelques détails. Nous ne saurions nous étendre ici sur toutes les discussions auxquelles elle a donné lieu, et nous devons nous contenter d'examiner deux questions importantes, que les travaux les plus récents ont particulièrement élucidées : La glycogénie appartient-elle exclusivement au foie ? Le sucre sécrété dans l'organisme dépend-il de la nature de l'alimentation ?

Après avoir établi que le foie forme du sucre, Bernard avait pu isoler et montrer la matière qui fournit ce sucre, la *matière glycogène*, et il avait pensé que le foie

(1) Cl. Bernard, *loc. cit.*, t. II, p. 79.

crée cette substance, en vertu d'une propriété spéciale et exclusive de tout autre organe du corps. C'est contre cette manière de voir qu'on s'est particulièrement élevé.

Déjà Figuier avait avancé que l'on peut trouver du sucre dans le sang de la veine porte, Colin (1) et Chauveau étaient arrivés au même résultat, et avaient constaté la présence du sucre dans la plupart des liquides de l'économie et notamment dans la lymphe; mais ces faits avaient été contredits ou négligés. Dans une série d'expériences, Sanson (2) établit que l'on trouve dans beaucoup d'organes et de fluides, non pas le sucre, comme l'avait dit Figuier, mais la même matière glycogène dont Bernard avait montré la présence dans le foie : ainsi Sanson trouva de la substance glycogène dans la rate, le rein, le poumon, dans le sang de la circulation générale et même dans celui de la veine porte, en deçà du foie ; cette substance est donc pour l'auteur que nous venons de citer, un des éléments normaux du sang; et il n'est pas possible d'en chercher la source ailleurs que dans les principes amylacés qui font partie de l'alimentation. Chez les animaux herbivores, en effet, la substance féculente forme la plus grande partie de leurs aliments : quant aux carnivores, ils trouvent dans la chair des animaux dont ils se nourrissent une source permanente de matière amylacée sous forme de dextrine, laquelle rend absolument inutile l'hypothèse d'une formation intérieure de substance glycogène par des dédoublements de la matière albuminoïde.

Les recherches de Rouget tendent aussi à établir qu'il est impossible de localiser la glycogénie dans le foie. Déjà Cl. Bernard (3) avait reconnu que la matière glycogène apparaît dès les premiers temps de la vie embryonnaire, et qu'elle est localisée avant le développement du foie, dans le placenta ou dans d'autres organes annexes et temporaires du fœtus ; mais il avait vu dans ce fait une confirmation de sa théorie, et considéré ces organes comme chargés temporairement de la fonction glycogénique, comme des organes hépatiques temporaires. Contrairement à cette opinion, Rouget (4) montra que les éléments qui renfermaient la substance glycogène, chez les fœtus, n'étaient pas comparables aux cellules hépatiques. Envisageant la question d'un point de vue tout à fait différent, il considéra les substances amylacées comme des matières intervenant dans la constitution normale des tissus au même titre que les matières grasses et les matières albuminoïdes; il en démontra la présence, chez le fœtus et après la naissance, dans un certain nombre de tissus et spécialement dans les tissus épithéliaux. La substance glycogène des animaux (*zoamyline*, Rouget) existe donc dans presque tous les tissus fœtaux, et la production du sucre n'est pas le résultat d'une fonction liée à un organe particulier, elle est la conséquence de la présence de la zoamyline dans l'organisme; le sucre n'est que le résultat de la désassimilation de cette substance, comme l'urée de celle des substances protéiques. Après la naissance, la zoamyline se rencontre encore dans plusieurs tissus, et il est probable qu'elle existe dans la substance musculaire, où

(1) Colin, *Traité de physiologie comparée des animaux domestiques*. Paris, 1855-1856

(2) Sanson, *De l'origine du sucre dans l'économie animale* (*Journal de physiologie* de Brown-Séquard, 1858.)

(3) Cl. Bernard, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, et *Journal de physiologie* de Brown-Séquard, 1859, p. 31 et 326.

(4) Rouget, *Des substances amyloïdes dans les tissus des animaux* (*Journal de physiol.* de Brown-Séquard, 1859, p. 83 et 308).

l'on peut démontrer sa présence chez les animaux hybernants et dans les membres paralysés par la section des nerfs moteurs.

Ces idées semblent devoir modifier ce que les recherches de Cl. Bernard avaient fait penser sur la pathogénie du diabète. « Ce n'est pas, dit Rouget, à une maladie d'organe, mais à un trouble de nutrition de divers tissus, qu'est due la présence dans les liquides excrémentitiels d'une quantité considérable de sucre (diabète) ou des principes analogues (acide lactique, inosite). Ce trouble de nutrition, cet état diathésique, qui n'est pas sans analogie avec celui que caractérise l'urée en excès, et qui se combine quelquefois avec lui (goutte), résulte de deux éléments principaux : 1° le défaut d'assimilation, de transformation en substance amylacée, d'une proportion plus ou moins considérable de sucre introduit par l'alimentation dans l'organisme qu'il ne fait que traverser ; 2° la désassimilation plus rapide des substances amylacées des tissus (1). » Relativement à l'origine de la matière amylacée ou zoamyline, Rouget pense, en s'appuyant même sur des expériences de Cl. Bernard, qu'il existe une relation très-intime entre une alimentation féculente et le développement de la substance glycogène dans les tissus.

D'après ces données, il semble acquis : 1° que la formation du sucre dans l'économie est un acte normal, et que le diabète n'est que le résultat d'une exagération ou d'une perversion de cet acte. Il ne faut pas oublier que c'est aux belles recherches de Cl. Bernard que l'on doit ce principe fondamental.

2° Que le sucre se forme dans tous les tissus, ou au moins dans un grand nombre ; que, par conséquent, le diabète ne peut être considéré que comme une maladie générale, comparable à la goutte (Rouget).

3° Que le sucre provient des matières amylacées de l'alimentation, et résulte des transformations que la nutrition fait subir à ces matières. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir l'importance pratique de ce dernier principe, qui conduit à la suppression des féculents dans le diabète ; la clinique avait déjà imposé cette conduite, dont la théorie vient maintenant fournir la raison.

Hipp. Blot a annoncé avoir trouvé du sucre dans l'urine des femmes enceintes et en lactation (2). Les expériences ont été faites avec grand soin par Blot et Regnauld ; ces observateurs affirment avoir reconnu la présence du sucre non-seulement par la liqueur cupro-potassique de Barreswil, réactif infidèle, mais encore par la fermentation et par la polarisation (3). Néanmoins, l'exactitude de ces observations a été contestée, et Leconte (4) a attribué la réduction de la liqueur de Barreswil, dans ces cas, à l'abondance de l'acide urique.

Mais, comme l'a fait remarquer Brücke, s'il est vrai que l'acide urique suffise pour réduire la liqueur de Barreswil, on ne saurait contester les résultats obtenus quand on a traité l'urine par la potasse, par le sous-nitrate de bismuth, et quand on l'a essayée par la fermentation. Il paraît donc bien établi que l'urine des femmes enceintes ou en lactation contient du sucre. Le sucre apparaît au moment où la

(1) Rouget, *loc. cit.*, p. 325.

(2) Blot, *De la glycosurie physiologique des femmes en couches, des nourrices et d'un certain nombre de femmes enceintes* (*Gaz. méd.*, 1856, p. 720, et *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 6 octobre 1856).

(3) Blot, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*.

(4) Leconte, *Comptes rendus de la Société de biologie*.

sécrétion laiteuse commence à se développer et disparaît avec elle ; sa quantité est ordinairement proportionnelle à l'abondance de la sécrétion lactée dont elle suit à peu près les variations, elle oscille en général entre 1 et 2 grammes, jusqu'à 12 grammes par litre d'urine. Chez les femmes enceintes, le sucre se rencontre, d'après Blot, environ dans la moitié des cas. Il faut bien remarquer, d'ailleurs, que cette glycosurie ne constitue qu'un état physiologique, mais nullement une maladie comparable à celle que nous étudions en ce moment.

Brücke (1) et quelques autres auteurs ont même démontré que l'on pouvait constater la présence d'une petite quantité de sucre dans l'urine à l'état normal ; mais on conçoit qu'il est impossible de confondre cet état physiologique avec le diabète ; au surplus, la quantité de sucre est alors trop faible pour se révéler par les réactifs que le praticien emploie ordinairement, et il n'y a pas là une source d'erreur dans le diagnostic de la glycosurie.

Les données récemment acquises sur la glycogénie ont conduit à rechercher la présence du sucre dans un certain nombre de maladies intéressant les organes qui servent soit à la formation du sucre, soit à sa destruction ; et quelques faits sont venus confirmer les inductions théoriques. Ainsi on a vu des lésions traumatiques du foie amener la présence temporaire du sucre dans les urines (Bernard) ; cependant nous devons ajouter que les maladies du foie ne s'accompagnent presque jamais de glycosurie. On a vu aussi la glycosurie survenir à la suite de certaines lésions, traumatiques ou autres, de l'encéphale, et dans un très-intéressant mémoire, Fritz (2) en a rapporté un grand nombre d'exemples. D'autre part, nous avons déjà mentionné les recherches de Reynoso et Dechambre qui établissent que, dans les maladies qui apportent un obstacle à la respiration, chez les vieillards dont l'hématose pulmonaire est incomplète, à la suite de l'inhalation des anesthésiques ou des gaz impropres à la respiration, on observe souvent du sucre dans les urines.

Il n'est pas impossible, d'après la considération de ces faits, que le diabète puisse reconnaître pour cause l'un des états pathologiques que nous venons d'énumérer ; mais on ne saurait, au moins quant à présent, rien établir de bien positif à cet égard ; un trop grand nombre de faits se dérobent aux explications que les recherches physiologiques avaient fait entrevoir. On doit même remarquer que, dans la plupart des conditions que nous venons de signaler, on n'a rencontré qu'une *glycosurie temporaire*, disparaissant avec la cause qui paraissait lui avoir donné naissance. Les conditions organiques du vrai diabète, du diabète permanent, présentent encore plus d'un point obscur.]

§ III. — Symptômes.

Début. — « Si, dit Contour (3), on en croit quelques auteurs, le diabète débuterait toujours par des symptômes précurseurs, qui, à cause de leur peu d'intensité, ont pu bien des fois échapper à l'attention des observateurs ; suivant d'autres, au contraire, la maladie se montrerait brusquement par quelque symptôme important. Il y a, je crois, de l'exagération de part et d'autre, et il est plus vrai de dire

(1) Brücke, *Journal de physiologie* de Brown-Séquard, 1859, p. 338.
(2) Fritz, *Gaz. hebd.*, 1859.
(3) Contour, *loc. cit.*, p. 15.

que tantôt le diabète se manifeste d'une manière instantanée au milieu d'une santé florissante, et que tantôt son apparition est précédée de quelques signes avant-coureurs.

» On observe, en effet, quelquefois un certain malaise général, quelques troubles dans les fonctions digestives, tels que des rapports nidoreux, un goût aigre à la bouche ; un peu de pesanteur, ou bien même une véritable douleur dans la région épigastrique ; une sécheresse de la bouche et de la gorge due à un défaut de sécrétion de la salive, qui est blanche et écumeuse ; quelques symptômes nerveux qui se traduisent du côté de la tête par de la céphalalgie, ou bien du côté des membres par des douleurs ou des crampes qui frappent principalement les muscles des mollets. D'autres fois, au lieu de ces troubles de digestion dont je viens de parler, on voit apparaître, comme dans le cas du capitaine Meredith, cité par Rollo, une augmentation de l'appétit. Loin de regarder cette faim comme dangereuse, le malade croit, au contraire, qu'elle est une preuve de santé ; mais bientôt surviennent d'autres signes qui ne permettent plus de rester dans cette fausse sécurité. »

[Le diabète peut, dans quelques cas, exister pendant longtemps sans se révéler par aucun symptôme appréciable pour le malade ; ce n'est qu'à l'occasion d'un des accidents que cette maladie peut entraîner à sa suite, que le médecin est conduit à rechercher la présence du sucre dans les urines, et qu'un interrogatoire minutieux lui permet de rencontrer certains signes sur lesquels il peut établir l'ancienneté de la maladie. Marchal, de Calvi (1), a rapporté un certain nombre de ces cas qu'il désigne sous le nom de *diabète latent* : c'est une éruption furonculeuse, une gangrène, etc., qui fait penser au diabète, et souvent alors on trouve que depuis longtemps déjà la soif était augmentée, les forces avaient diminué, et que l'urine contient une grande quantité de sucre.]

Symptômes. — Pendant une grande partie du cours de la maladie, on ne constate ordinairement l'existence d'aucune *douleur* locale, soit spontanément, soit à la pression, soit au moment de l'émission des urines. Mais, à une époque avancée, on observe souvent des douleurs dans la région lombaire ou au col de la vessie, qui accompagnent ordinairement l'émission des urines, et qui se prolongent dans le canal de l'urèthre. Cette douleur ne paraît devoir être attribuée qu'à la grande abondance de la sécrétion urinaire et au passage continuel du liquide dans les conduits. Nous en avons vu un exemple remarquable. Il y avait même dans ce cas, observé chez une femme, un gonflement considérable du canal de l'urèthre et des parties environnantes. La *pression* dans la région rénale ne fournit aucun signe évident, même à cette époque.

L'*émission* de l'urine est nécessairement très-fréquente ; on a observé qu'elle l'est plus la nuit que le jour, et le besoin continuel d'uriner prive les malades d'une grande partie de leur sommeil.

La *quantité* de l'urine rendue est presque toujours considérable. Suivant Bouchardat, le terme moyen de cette quantité est de 5 à 8 kilogrammes ; mais elle peut atteindre un chiffre beaucoup plus élevé, puisque ce médecin a vu des sujets rendre jusqu'à 14, 15 et même 16 kilogrammes d'urine par jour, et que d'autres observateurs, parmi lesquels il faut citer Morgagni, P. Frank,

(1) Marchal (de Calvi), *Des accidents diabétiques, etc.*, in-8°. Paris, 1864.

Baumes, Fonseca, ont vu la quantité de ce liquide s'élever jusqu'à 20, 25, 80 et même 100 kilogrammes dans les vingt-quatre heures. Mais est-il bien certain que dans les cas où la quantité de l'urine était si énorme, on eût affaire à de véritables glycosuries? L'ignorance dans laquelle on était du caractère essentiel de cette affection n'a pas permis aux auteurs de mettre le fait hors de doute. Les chiffres donnés par Bouchardat, et qui se rapprochent de ceux de Martin-Solon, sont ceux que l'on constate ordinairement. « L'abondance de l'urine, dit Contour (1), est loin d'être toujours la même à toutes les époques de la maladie. Ainsi, *au début*, elle n'offre d'abord rien de remarquable, mais bientôt elle augmente progressivement pour arriver à son summum, alors que le diabète atteint lui-même son plus haut degré d'intensité. Plus tard, soit que la maladie s'amende, ou marche vers une terminaison heureuse, soit, au contraire, que la mort doive survenir, on voit les urines *diminuer* sensiblement. Il ne faudrait pas toutefois attacher une plus grande importance qu'elle ne le mérite à cette supersécrétion urinaire; *le diabète peut exister alors même que les urines n'excèdent pas la quantité qu'on observe daus l'état de santé.* » Quelques faits rapportés par plusieurs auteurs, et entre autres par Watt, Prout, Copland et Bouchardat, prouvent l'exactitude de cette assertion.

On n'est pas complétement d'accord sur le rapport qui existe entre la quantité des urines et celle des boissons ingérées. Bell (2) et Bouchardat pensent qu'on a eu tort de dire que la quantité des urines est plus considérable que celle des boissons, et que c'est plutôt le contraire qui a lieu. Mais, sans parler des nombreux observateurs qui ont constaté l'abondance plus grande des urines, nous dirons qu'il résulte des notes prises jour par jour par Contour, que presque constamment cette abondance a été supérieure à celle des boissons, et que parfois elle l'a dépassée d'une manière extraordinaire.

L'*urine*, immédiatement après son émission, est transparente, moins foncée qu'à l'état normal, parfois presque incolore, plus ordinairement colorée en jaune-paille ou légèrement verdâtre. Bardsley (3) a constaté que, contrairement à une assertion qui avait été émise, sa température n'est pas inférieure à celle qu'elle présente à l'état normal. « Si on l'examine un peu plus tard, quand il y a déjà quelque temps qu'elle est excrétée, elle a, dit Contour (4), perdu ordinairement sa transparence; elle est blanchâtre, ressemblant à du petit-lait clarifié, ou bien, comme l'a dit Cullen, à une dissolution de miel dans une grande quantité d'eau.

Le plus souvent inodore, continue Contour (auquel nous croyons devoir emprunter tous ces détails, parce qu'ils sont très-bien présentés et nous mettent parfaitement au courant de la science), ou tellement peu odorante, qu'elle impressionne à peine les nerfs olfactifs, l'urine diabétique offre quelquefois une *odeur* qui n'est pas toujours la même; nous lui avons plusieurs fois trouvé une odeur aromatique, d'autres ont cru reconnaître l'odeur de la violette.

« Sa *saveur* est douce et sucrée dans l'immense majorité des cas; cependant l'urine peut être insipide ou avoir la saveur du sel marin. » De ce que l'urine pré-

(1) Contour, p. 23.
(2) Bell, *Dictionnaire des études méd. prat.*, article DIABÈTE.
(3) Bardsley, *Med. Reports*, 1807.
(4) Contour, p. 27.

sente cette dernière saveur, il n'en faudrait pas conclure qu'elle ne contient pas de sucre; on a cité, en effet, des exemples du contraire, et Contour en rappelle un qui est dû à Martin-Solon. Nous verrons plus tard, en recherchant si l'on doit admettre, avec Dupuytren et Thenard, l'existence du sucre insipide, à quelle cause il faut attribuer cette absence de saveur sucrée.

» Malgré sa grande quantité, l'urine diabétique a toujours une *pesanteur spécifique* de beaucoup supérieure à celle qu'on observe dans l'état de santé. C'est Henry (de Manchester) qui, le premier, découvrit ce caractère, si important qu'il peut servir à faire reconnaître tout de suite la maladie; et Bouchardat a parfaitement raison de dire qu'en général, toute urine d'une couleur pâle, et dont la densité est supérieure à 1040, est une urine diabétique. Suivant Bell, cette pesanteur spécifique varie de 1025 à 1060. Bouchardat l'a vue varier de 1020 à 1074 à la température de 12 degrés centigr.; Robert Willis donne pour chiffres extrêmes 1020 et 1055. Nous avons sous les yeux un grand tableau synoptique du poids spécifique d'urines de diabétiques recueillies dans le service de Martin-Solon, et nous trouvons 1027 pour le chiffre inférieur et 1049 pour le chiffre supérieur. On dit généralement que la pesanteur spécifique de l'urine des diabétiques est en rapport direct avec la quantité de sucre que cette urine contient; cependant, dans ce tableau synoptique, où les quantités de sucre sont consignées avec soin en regard du poids spécifique, l'urine du matin *pèse plus* que l'urine de la journée, bien qu'elle contienne moins de sucre.

» Abandonnée à elle-même, l'urine diabétique, après quelques jours de repos, à une température modérée, acquiert une odeur aigre, vineuse, ou mieux encore de lait tourné; au lieu d'être ammoniacale, comme le serait très-certainement l'urine ordinaire, elle est au contraire très-acide, et doit cette propriété à la présence de l'acide carbonique produit par la fermentation : cette fermentation s'obtient d'ailleurs avec la plus grande facilité par l'addition d'un peu de levûre de bière. Si, dans cet état, on l'examine au microscope, on aperçoit de petits corpuscules blancs, que Quevenne (1) a décrits comme étant de véritables globules de ferment semblables à ceux observés déjà dans la levûre de bière par Cagniard-Latour. Enfin l'urine, dans la glycosurie, dévie à droite la lumière polarisée; il suffit de signaler ici cette propriété qui a servi, à l'aide de l'appareil de Biot, à constater la quantité de sucre dans un assez grand nombre d'observations. »

Le caractère principal de l'urine est de contenir une certaine quantité de *matière sucrée*. La *quantité* de cette matière est variable, suivant les sujets et aux diverses époques de la maladie : ainsi on voit des cas où, à certaines époques, on en trouve un *trentième* du poids des urines, tandis qu'il est ordinaire d'en trouver jusqu'à un *septième*. Cette quantité va en augmentant jusqu'à ce que la glycosurie ait atteint son summum d'intensité; ensuite elle diminue, quelle que soit la terminaison de la maladie. Ce n'est pas d'une manière continue qu'ont lieu cette diminution et cette augmentation; il survient, en effet, dans le cours de l'affection, des rémissions plus ou moins notables, pendant lesquelles la quantité de sucre diminue, et le même effet, ou, au contraire, une augmentation plus ou moins considé-

(1) Quevenne, *Journal l'Expérience*, t. I, p. 405.

rable peut avoir lieu sous l'influence de certaines boissons et surtout de certains aliments, comme les aliments féculents.

Il existe plusieurs procédés pour constater la présence du sucre dans les urines.

Procédé de Trommer (1). — Dans un tube de verre, on ajoute d'abord une goutte ou deux de potasse caustique solide, puis un fragment de deutosulfate de cuivre ; on chauffe très-légèrement ce mélange à la lampe à l'esprit-de-vin, et aussitôt, si l'urine contient du sucre de diabétique, on observe une réduction du protoxyde de cuivre, qui se montre sous la forme d'un précipité jaune rougeâtre très-manifeste. Si, au contraire, l'urine ne contient pas de sucre, au lieu d'une réduction d'un jaune rougeâtre, on obtient un précipité noir. La réduction du protoxyde de cuivre a lieu également à froid, mais elle se fait attendre quelque temps ; c'est pour cela qu'il est préférable d'élever un peu la température du mélange.

[La *solution de Fehling* est, au dire de Lehmann, la modification la plus pratique du réactif de Fehling ; elle se prépare de la façon suivante : On fait dissoudre 69 grammes de sulfate de cuivre dans 345 grammes d'eau distillée, puis on ajoute 268 grammes de solution concentrée de tartrate de potasse, et une solution composée de 5 grammes de carbonate de soude pour 30 grammes d'eau distillée.

On verse le mélange dans un flacon d'une capacité d'un litre, que l'on remplit d'eau jusqu'à 1000 grammes.

Procédé de Barreswil. — Une liqueur cupro-potassique est préparée à l'avance : elle se compose d'eau, de bitartrate de cuivre et de potasse ; la solution est transparente, bien que l'oxyde de cuivre ait été déplacé par la potasse. La composition du liquide étant toujours la même, on n'est pas exposé aux inconvénients indiqués ci-dessus.

Mais il faut savoir que diverses substances autres que le sucre, et particulièrement l'urée, précipitent et réduisent le bioxyde de cuivre, et que cette facilité de réduction est encore plus grande lorsque la liqueur est ancienne. Il faut donc toujours avoir des solutions récentes. Ces faits avaient déjà été signalés par Barreswil lui-même ; mais ils ont été rappelés par Leconte (2), lorsqu'il a combattu les idées de H. Blot sur la présence du sucre dans les urines des femmes enceintes ou en voie de lactation.

Dans tous les cas, on ne doit pas considérer les réactifs comme infaillibles ; il faut tour à tour mettre en usage la *fermentation*, l'*évaporation* et l'observation au *polarimètre*.]

Procédé de Mialhe. — Il suffit d'introduire dans l'urine, renfermée dans un tube, un *excès de potasse caustique*, et de chauffer à la flamme d'une lampe à l'alcool. Dès que le liquide entre en ébullition, *il prend une couleur brune rougeâtre que ne présente aucune des autres urines* soumises à la même expérience. Cette coloration est extrêmement tranchée, et *en rapport avec la quantité*

(1) Trommer, *Ann. der Chem. und Pharm.*, t. VII, et Beale, *De l'urine, des dépôts urinaires*, traduit de l'anglais par Ollivier et Bergeron. Paris, 1865, p. 268.

(2) Leconte, *Recherches sur l'urine des femmes en lactation* (*Comptes rendus des séances et Mémoires de la Société de biologie*, 2e série, année 1857. Paris, 1858.

de sucre contenu dans l'urine. On voit par là combien le procédé devient plus simple; et si l'on a soin de mettre dans le liquide un excès d'alcali, il est, nous le répétons, infaillible. Si l'on veut ensuite pousser l'expérience plus loin, on n'a qu'à ajouter le deutosulfate de cuivre, dont la réduction s'opère ainsi que nous l'avons dit plus haut.

[*Procédé de Bottger* (1). — L'urine que l'on veut examiner ayant été versée dans un tube à expérience, on ajoute d'abord un petit morceau de potasse caustique, puis une petite quantité de sous-nitrate de bismuth. Si l'urine renferme du sucre, le sous-nitrate est réduit à l'état de bismuth métallique, qui se précipite au fond du tube sous forme d'une poudre brune. Quand on fait bouillir, la liqueur noircit d'autant plus qu'elle renferme une quantité plus considérable de glycose.]

Procédé de Maumené (2). — Prenez une bande de mérinos blanc; plongez-la pendant quatre ou cinq minutes dans une *solution aqueuse de bichlorure d'étain;* faites égoutter, séchez au bain-marie le mérinos sur une bande de la même étoffe; coupez-le en bandelettes de 7 à 10 centimètres de long sur 2 ou 3 de large.

Ensuite versez une goutte d'urine sur une des bandelettes ainsi préparées et exposez-la au-dessus d'un charbon rouge, de la flamme d'une lampe ou d'une bougie; il se produit, s'il y a du sucre dans l'urine, une tache noire très-visible.

L'urine non sucrée, l'urée, l'acide urique, ne produisent rien de semblable.

La sensibilité du réactif est telle, dit Maumené, que dix gouttes d'une urine diabétique, versées dans 100 centimètres cubes d'eau, forment une liqueur avec laquelle on rend le mérinos chloruré complétement brun noir.

L'*évaporation* et la *cristallisation* employées par Péligot et Bouchardat constituent un excellent moyen, mais qui demande beaucoup de temps; il en est de même de la *fermentation.*

Brzeszinski (3) *sépare le sucre* de l'urine des diabétiques de la manière suivante. Il renferma l'urine d'un diabétique dans un vase de la même argile que les creusets. Au bout de quatre jours, on vit à l'extérieur du vase un commencement de transpiration, et, vers le huitième, la surface externe se couvrit d'une incrustation jaunâtre, qui se laissa détacher avec un couteau, sous forme de coquilles d'œuf. Brzeszinski en ramassa en une seule fois plus de 60 grammes, et le goût prouva que c'était du sucre.

On ne peut pas, évidemment, s'attendre à obtenir, par ce procédé, un résultat d'une grande précision; mais ce moyen étant à la portée de tous les praticiens, on ne doit pas le négliger.

Quant au *procédé de Biot*, c'est-à-dire à la *polarisation* (4), il est impossible d'en trouver un à la fois plus prompt, plus exact et plus délicat; mais l'appareil si ingénieux de ce célèbre physicien demande un emplacement particulier, et ne peut être à la disposition que d'un petit nombre de personnes. Le *saccharimètre* portatif, inventé par Soleil, pourra être mis en usage dans les cas où l'on voudrait arri-

(1) Voy. Beale, *De l'urine, etc.*, trad. française par Ollivier et Bergeron, 1865.
(2) Maumené, *Compt. rend. des séances de l'Académie des sciences*, 18 mars 1850.
(3) Brzeszinski, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er février 1848.
(4) Biot, *Instruction pratique sur l'observ. et la mesure des propriétés optiques appelées rotatoires*. Paris, 1845, in-4.

ver à une très-grande précision ; mais, pour la pratique, les procédés de Trommer et Mialhe sont très-suffisants.

Il ne faut pas oublier un fait bien important pour le praticien, parce qu'il le met sur la voie du diagnostic : c'est l'existence, sur la chemise et les vêtements qui peuvent être en contact avec l'urine, de *taches* blanchâtres, d'abord poisseuses, puis fermes et donnant de la consistance au linge, lorsqu'elles se sèchent. Ces taches résultent d'un dépôt de sucre. Quelquefois on trouve sur les vêtements de véritables *cristaux*.

Le sucre trouvé dans les urines des diabétiques est regardé aujourd'hui comme analogue au *sucre de fécule*, ou au sucre de raisin ou d'amidon, et d'après la théorie que les faits nous ont fait admettre, nous devons même le regarder comme identique avec ces sucres, puisqu'il n'est ordinairement pas autre chose que ces sucres eux-mêmes passés dans la circulation après avoir été absorbés. Quant au *sucre insipide* admis par Dupuytren et Thenard, Bouchardat a démontré qu'il ne différait pas du précédent, mais que sa saveur était seulement masquée par certains sels.

On a cru pendant longtemps que dans le diabète l'urine ne contient pas d'*urée ;* des expériences faites par Chevreul, Mac Gregor, Keane, Bouchardat, etc., ont prouvé le contraire.

D'après des analyses faites par Morin (1), la quantité de l'urée paraîtrait en raison inverse de la quantité du sucre. Mais ce qu'il y a de certain, c'est que cette quantité varie beaucoup chez le même sujet. « Chez les diabétiques, dit Bouchardat (2), comme chez les personnes en santé, la proportion d'urée contenue dans l'urine est proportionnelle à la quantité d'aliments azotés qu'ils prennent. Si chez les diabétiques, la proportion relative d'urée est ordinairement très-faible, cela provient uniquement de ce que la proportion d'aliments azotés est très-faible comparativement à la quantité d'urine rendue. »

On trouve quelquefois une petite quantité d'*albumine* dans l'urine des diabétiques, mais la présence de cette substance n'a pas l'importance que quelques auteurs ont voulu lui attribuer. L'*acide urique* n'a pas disparu dans cette affection, comme on l'avait prétendu ; les observations de Chevreul, Bell, Bouchardat, Mialhe (3), ont prouvé le contraire ; cependant il n'existe souvent qu'en petite quantité, d'où résulte la *faible acidité* de l'urine diabétique. On a, en outre, dans quelques cas, signalé la présence de l'*acide hippurique* que Bouchardat n'a pas trouvé chez les diabétiques soumis à son observation.

Tels sont les caractères tirés de l'état des urines, état dont les symptômes, que nous allons maintenant passer en revue, sont évidemment la conséquence.

Les *fonctions génératrices* sont profondément troublées. Les érections n'ont plus lieu ; il n'y a plus de désirs vénériens ; parfois même, si l'on en croit quelques auteurs, le testicule s'atrophie, et le scrotum devient flasque. Suivant Ellioston, cet état s'observe seulement neuf fois sur dix ; mais il eût été nécessaire de dire si les malades avaient été interrogés à ce sujet à toutes les époques de leur maladie,

(1) Morin, *Journal de pharmacie et de chimie*, 1843.
(2) Bouchardat, *loc. cit.*, p. 185.
(3) Mialhe, *Archives de médecine*, 2e série, t. VII, p. 259.

car cette altération des fonctions génératrices, qui a été remarquée par tous les observateurs, ne survient que graduellement, et l'on conçoit très-bien qu'à une époque rapprochée du début, elle peut-être très-faible et peu appréciable. Le même auteur a noté que la sécrétion du sperme cessait de se faire. Chez les femmes, on n'a constaté que l'*aménorrhée*, qui se montre fréquemment; mais encore on a oublié d'indiquer l'époque de la maladie où survient ce symptôme.

Du côté des *voies digestives*, on observe les phénomènes les plus remarquables.

« La *bouche*, dit Contour, est aride et sèche, comme chez les personnes tourmentées par la soif. La *salive* est peu abondante, épaisse et écumeuse, presque toujours acide, ce dont il est facile de s'assurer à l'aide du papier de tournesol. Cependant, quand la maladie approche de son terme fatal, ou bien quand les symptômes, par leur disparition toujours incomplète, ont fait place à une rémission passagère, la salive perd cette acidité accidentelle et reprend ses caractères ordinaires. » Mialhe ajoute plus d'importance encore à cette acidité de la salive. Pour lui, c'est un phénomène constant, et l'état des gencives et des dents, qui sont si fréquemment altérées, en est une conséquence.

Martin-Solon, et après lui Contour, ont, à l'aide du procédé de Trommer, constaté dans la salive des diabétiques la présence du sucre, indiquée déjà par Rollo et Mac Gregor. « Ainsi, ajoute Contour, se trouve expliqué ce goût fade, doucereux et même sucré dont se plaignent souvent les diabétiques. La *langue*, humide, naturelle dans les premiers temps de la maladie, se recouvre généralement plus tard d'un enduit blanc et épais; quelquefois elle est nette et d'un rouge vif; d'autres fois elle est d'un rouge de feu sur ses bords, tandis que son milieu est remarquable par un enduit d'un blanc jaunâtre, et même brun ou noirâtre. Les *gencives* s'affectent fréquemment, elles deviennent molles et douloureuses; saignent au moindre contact, comme dans le *scorbut*; et alors l'*haleine*, qui d'abord n'était que fade, et à laquelle on a voulu trouver une odeur de foin, devient fétide et repoussante; les *dents* se déchaussent par l'altération progressive des gencives, elles se carient, vacillent et tombent. » Home cite un cas dans lequel un malade en perdit seize en très-peu de temps. Dans un cas que nous avons observé, elles se cassaient et tombaient par fragments, laissant des bords aigus ou des aspérités sur la partie qui restait.

L'*augmentation de l'appétit* est, ainsi que le fait remarquer Bouchardat, un des traits les plus caractéristiques de la glycosurie. Il n'est guère d'affection, en effet, où l'on observe, comme dans celle-là, un appétit excessif, vorace, et qui devient parfois une véritable *boulimie*. Cependant ce symptôme n'est pas constant : on l'a vu manquer, mais rarement, et l'on peut dire qu'il n'est *presque aucun* sujet qui ne l'ait éprouvé à un degré plus ou moins grand. Cet appétit exagéré n'existe ni d'une manière continue, ni pendant toute la durée de la maladie ; il est capricieux, irrégulier, de telle sorte que pendant plusieurs jours le malade prendra une quantité énorme d'aliments, et éprouvera ensuite du dégoût. L'augmentation de l'appétit est, dans la grande majorité des cas, peu sensible au début; elle est surtout remarquable quand l'amaigrissement commence à se montrer. Lorsque la maladie touche au terme fatal, et quand la phthisie pulmonaire se déclare, cette faim anormale diminue jusqu'à ce que l'appétit revienne à son état naturel, ou même au-dessous. La quantité d'aliments qu'il faut pour rassasier un diabétique est par-

fois effrayante. Dupuytren et Thenard ont constaté que le malade soumis à leur observation ingérait une masse de substance égale au tiers du poids de son corps. Porter, cité par les auteurs du *Compendium*, a vu un cas plus extraordinaire encore. Bouchardat a observé que la plupart des diabétiques ont un goût prononcé pour le pain et pour les aliments féculents.

Malgré la grande quantité d'aliments que prennent les individus attaqués de glycosurie, il est remarquable que, jusqu'à une certaine époque, les *digestions* se font assez bien. Quelques-uns, il est vrai, se plaignent de *chaleur*, de *pesanteur* à l'estomac, de *renvois acides*, en un mot, de symptômes qui annoncent des digestions laborieuses ; mais la plupart, au contraire, n'éprouvent pas ces accidents, ou, n'y faisant qu'une médiocre attention, se croient dans un meilleur état de santé qu'auparavant. Lorsque la maladie a fait d'assez grands progrès, il n'en est plus ainsi : on voit apparaître des *douleurs épigastriques* qui augmentent notablement lorsque l'estomac est distendu par les aliments ; quelquefois les malades les comparent à la sensation que produirait un acide corrosif, ce qui s'explique par le haut degré d'acidité du liquide gastrique. Le *vomissement* a lieu alors assez fréquemment. Les matières rendues sont assez abondantes, et composées d'aliments à moitié digérés. Mac Gregor y a découvert, par l'analyse, une certaine quantité de sucre, ce qui ne doit pas nous étonner, puisque cette matière est directement formée à l'aide de la diastase de la salive et du sucre pancréatique.

Dans les premiers temps de la maladie, on observe une *constipation* marquée ; et alors les *matières fécales* sont quelquefois complétement inodores, ce qui, suivant Bouchardat, indique une grande intensité de la maladie.

Plus tard, les selles perdent de leur consistance ; elles deviennent grisâtres, et ressemblent, suivant l'expression de Contour, à une pâte chymeuse. Enfin elles sont liquides et nombreuses ; mais cette *diarrhée* n'est pas continue, et l'on observe généralement des alternatives de dévoiement et de constipation.

Dans les premiers temps, rien de remarquable du côté des *voies respiratoires ;* mais à l'époque où l'affection a pris une grande intensité, les fonctions de la respiration commencent à s'altérer. « On observe, dit Contour, une petite *toux* sèche à laquelle d'abord le malade ne fait pas attention, mais dont les progrès continuels ne laissent pas d'être bientôt inquiétants ; et si l'auscultation ne dévoile rien dans la poitrine, elle ne tardera pas à faire reconnaître des *tubercules* qui, une fois développés, se ramolliront avec une effroyable rapidité. »

L'état de la *peau* mérite de fixer notre attention ; malheureusement on n'a pas pu l'examiner dans les premiers temps de la maladie, ce qui serait néanmoins très-important, comme nous l'avons vu en étudiant les théories de Mialhe et Bouchardat. Mais à une époque assez avancée, voici les observations qu'on a faites, et que Bouchardat a très-bien résumées de la manière suivante :

« La peau subit des altérations remarquables : elle devient extrêmement *sèche*, *rugueuse*, *écailleuse ;* dans quelques cas, elle se couvre d'*éruptions* de différente nature (*lichen*, *impetigo*, *porrigo*, *psoriasis*). Le plus souvent sa *sensibilité* diminue, au point même que quelquefois elle peut s'effacer complétement. Naumann a pu arracher les poils qui couvrent certaines parties du corps sans que les malades éprouvassent aucune douleur. La *transpiration cutanée* est complétement ou presque complétement anéantie, quand le diabète offre une grande intensité. Quand,

sous l'influence du régime que j'exposerai plus loin, la maladie a diminué d'intensité, les *sueurs* peuvent reparaître ; on les a également remarquées, et quelquefois assez abondantes, lorsque la terminaison fatale approche. »

[La peau, sous l'influence du diabète, devient assez souvent le siége de lésions variées. Sans parler des lésions inflammatoires et gangréneuses sur lesquelles nous reviendrons plus loin, nous devons appeler l'attention sur les *affections prurigineuses* et les *érythèmes* dont on a récemment signalé la fréquence dans le diabète.

Les éruptions de lichen, de psoriasis, d'herpès, ne sont pas rares ; mais la plus commune de toutes les éruptions est l'*érythème des parties génitales*, et surtout l'*érythème vulvaire*. A propos d'une communication de Hervez de Chégoin à la Société des hôpitaux (1), plusieurs membres rapportèrent des cas d'érythèmes de la vulve ou du prépuce liés au diabète ; il est même arrivé plusieurs fois que c'est cette manifestation cutanée qui a fait reconnaître un diabète dont on n'avait pas jusque-là soupçonné l'existence. Quelquefois il existe seulement un prurit intense, sans qu'on puisse constater trace d'érythème.]

Lattam (2) a avancé que la sueur avait une odeur de foin. Autenrieth prétend avoir observé des cristaux de sucre au périnée ; mais à ce sujet, on ne peut s'empêcher de remarquer, avec Contour, qu'on n'est pas autorisé à regarder ce sucre comme un résidu de la sueur, à cause du lieu où on l'a trouvé. A une époque avancée de la maladie, les urines baignent fréquemment les parties génitales et le périnée, où peut se déposer le sucre qu'elles contiennent. Mac Gregor a isolé le *sucre contenu dans la sueur*.

Lorsque l'affection n'a fait encore que de faibles progrès, on ne remarque aucun changement dans l'état de la *circulation ;* quelques sujets seulement présentent un peu de ralentissement du pouls. Mais quand les digestions deviennent pénibles, et surtout quand les vomissements surviennent, ces accidents digestifs s'accompagnent de *frisson*, de *chaleur* et d'une *accélération notable du pouls*. Dans les derniers temps, et lorsque les tubercules sont venus joindre leurs symptômes à ceux qui viennent d'être exposés, on observe à la fois la petitesse et l'accélération des pulsations, phénomène qui coïncide avec le dépérissement rapide.

On a trouvé du *sucre dans le sang* extrait de la veine chez les diabétiques : Contour rapporte à Ambrosiani la première découverte de cette matière dans ce liquide. Plus tard Maitland, Rees, Mac Gregor, Guibourt et Bouchardat ont fait la même expérience, et sont arrivés au même résultat. On ne peut donc, quoique plusieurs autres chimistes n'aient pas été aussi heureux, nier que le sucre existe en nature dans le sang ; et, comme le fait très-bien observer Bouchardat, si quelques expériences n'ont pas réussi, c'est qu'elles ont été faites trop longtemps après la digestion, et lorsque le sucre absorbé avait déjà été évacué par les urines.

A une époque un peu rapprochée du début, la peau ne présente rien de remarquable sous le rapport de la *chaleur ;* seulement les malades éprouvent une sensation fatigante de chaleur intérieure et une sensibilité plus grande au froid extérieur ; quelquefois, ainsi que l'a remarqué Contour, ils éprouvent alternativement des

(1) Hervez de Chégoin, *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, avril 1857.
(2) Lattam, *Facts and opinions concerning diabetes*.

sensations de froid et de chaud qui, partant des lombes, viennent aboutir à la région de la vessie. A une époque plus avancée, la fièvre devient continue ; on observe une chaleur qui augmente après le repas et le soir, comme dans toutes les fièvres hectiques.

Les phénomènes qu'on a notés du côté de la *vision* ont fixé l'attention de tous les médecins ; mais à ce sujet les opinions ne sont pas uniformes. Généralement on a avancé que la vue est le plus souvent affaiblie à une époque assez avancée du diabète. Bouchardat affirme qu'il a souvent vérifié l'exactitude de cette opinion ; mais Contour, ayant interrogé avec soin les organes des sens chez tous les malades soumis à son observation, n'a jamais noté cet affaiblissement de la vue, que, d'un autre côté, Mialhe, de qui nous tenons ces détails, regarde comme un des symptômes les plus fréquents et les plus remarquables de la glycosurie. Il est impossible de se prononcer avant d'avoir de nouveaux faits suffisamment nombreux et exactement analysés. Remarquons toutefois, avec Contour et Bouchardat, qu'on aurait tort, sans de nouvelles preuves, d'attribuer à la maladie qui nous occupe certaines lésions des yeux, telles que l'*opacité de la cornée*, la *cataracte*, etc., ainsi que l'ont fait quelques auteurs. Il est plus que probable que ces lésions n'existent que par de simples coïncidences.

[Il n'est plus possible de nier aujourd'hui l'existence des troubles de la vision liés au diabète ; les travaux modernes ont positivement établi qu'il existe une *amblyopie* et une *cataracte* diabétiques.

L'amblyopie est très-commune dans le diabète ; d'après Lécorché (1), qui a publié sur ce sujet un travail important, on la rencontrerait dans le quart ou le cinquième des cas ; cette proportion avait déjà été indiquée par Bouchardat. Souvent l'affaiblissement de la vue arrive dès le début de la maladie ; il est alors ordinairement léger, mais il peut se reproduire un certain nombre de fois.

Dans le diabète déjà ancien, au contraire, on voit survenir une amblyopie plus marquée et qui est persistante, ou du moins elle rétrograde rarement. On a distingué ces deux degrés du même trouble fonctionnel sous les noms d'amblyopie légère et d'amblyopie grave (Lécorché). L'examen ophthalmoscopique, non plus que les recherches anatomiques, n'a pas encore révélé d'une façon certaine la raison de ce trouble de la vue ; les lésions que différents auteurs ont signalées sont trop variables et souvent trop légères pour pouvoir en rendre compte, et jusqu'ici on ne peut rattacher l'amblyopie qu'à un trouble dynamique de l'encéphale ou de la rétine, peut-être aussi à une atonie de l'appareil de l'accommodation.

Au lieu de l'amblyopie, on rencontre quelquefois des perversions visuelles, telles que hémiopie, diplopie, impossibilité d'apprécier les couleurs, de juger les distances, etc.

La *cataracte diabétique* est maintenant admise aussi par tous les auteurs, et considérée comme un des symptômes du diabète. Lécorché a publié sur ce sujet un mémoire (2) où il rapporte un grand nombre de faits empruntés aux auteurs, et cinq observations personnelles ; ces faits ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence de la cataracte diabétique. Celle-ci ne survient ordinairement qu'à une pé-

(1) Lécorché, *De l'amblyopie diabétique* (*Gaz. hebdomadaire*, 1861).
(2) Lécorché, *De la cataracte diabétique* (*Arch. de méd.*, 1861).

riode avancée du diabète, et son développement est presque toujours très-rapide. Elle ne se distingue par aucun caractère objectif des cataractes ordinaires (Sichel) ; mais il est à remarquer qu'elle revêt la forme molle ou demi-molle ; ce n'est qu'exceptionnellement et sous des influences encore inconnues qu'elle est de consistance dure (Lécorché). On ne saurait dire comment le diabète produit la cataracte, et les plus grandes dissidences règnent encore sur ce point ; l'époque avancée de la maladie à laquelle elle survient est sans doute la raison qui l'a fait considérer comme une des manifestations de la détérioration profonde de l'économie.

Alfred Vy (d'Elbeuf), cité par Marchal, de Calvi (1), a observé un cas remarquable dans lequel il existait, chez un diabétique, une amblyopie à droite et une cataracte à gauche. On sait, du reste, que la cataracte se montre assez souvent chez d'anciens diabétiques qui ont déjà présenté plusieurs fois de l'amblyopie légère.]

L'état du *moral*, qui d'abord ne présentait rien de particulier, ne tarde pas à devenir inquiétant : le malade est *triste*, *soupçonneux*, *irritable*, et il tombe dans une *hypochondrie* dont les améliorations passagères qu'on obtenait à l'époque où l'on n'avait pour principal moyen de traitement qu'un régime approprié le tirent difficilement.

On a encore signalé comme un symptôme de la glycosurie la *dureté de l'ouïe*, et même la *surdité*. Contour a observé un cas dans lequel la suppuration des deux oreilles rendit l'ouïe difficile pendant toute la durée de l'affection, qui fut d'environ deux mois. Ce symptôme mérite d'être encore étudié ; mais, avec les documents que nous avons, il est impossible de se prononcer sur sa valeur réelle.

Lorsque la maladie approche de sa terminaison funeste, les symptômes les plus remarquables sont : le *devoiement*, qui rend le dépérissement très-rapide ; l'*émaciation*, la *faiblesse* extrême ; le *ramollissement des gencives*, la *chute des dents*, la *fétidité de l'haleine* ; l'*infiltration* des membres inférieurs, et parfois un *épanchement dans le péritoine* ; la *rougeur du méat urinaire et du prépuce*, occasionnée par le passage et le contact presque continuel de l'urine ; la *tristesse*, l'*abattement*, le *désespoir*, des rêves effrayants ; enfin le malade succombe avec les symptômes de la phthisie pulmonaire arrivée au dernier degré, et dans le marasme le plus complet.

Landouzy (2) a signalé un cas de diabète sucré qui s'est terminé par la *gangrène des extrémités* et la mort, terminaison qu'avait déjà signalée Marchal (de Calvi), et qui ne paraît pas être extrêmement rare.

[La gangrène ne peut pas être considérée seulement comme une terminaison du diabète, elle est une des complications qui surviennent le plus ordinairement pendant le cours de cette maladie, et elle paraît, dans ces cas, lui être entièrement subordonnée.

Les affections gangréneuses liées au diabète ont été depuis longtemps observées ; et Charcot (3) a publié un certain nombre de faits empruntés à Cheselden, Duncan, Carmichael, Hodgkin, etc., qui établissent la relation entre le diabète d'une part,

(1) Marchal (de Calvi), *Recherches sur les accidents diabétiques*. 1864, p. 475.
(2) Landouzy, *Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, juin 1852.
(3) Charcot, *Documents concernant l'historique des gangrènes diabétiques* (*Gaz. hebdom.*, 23 août 1861).

et certaines affections inflammatoires et gangréneuses de l'autre. Mais ces travaux étaient à peu près inconnus ou oubliés quand Marchal (de Calvi) reprit ce sujet, et établit positivement ce qu'on avait à peine entrevu avant lui, à savoir, que l'inflammation et la gangrène peuvent être produites par le diabète, et que ces deux affections sont, dans certains cas, des manifestations diabétiques, des effets du diabète.

Depuis cette époque (1852-1856), un grand nombre de faits se sont produits qui ont prouvé l'exactitude de la relation établie par cet auteur, et plusieurs travaux importants, parmi lesquels nous devons signaler ceux de Charcot, de Hodgkin, de Champouillon, de Landouzy, de Fauconneau-Dufresne, de Musset, etc., ont définitivement démontré la subordination pathogénique que nous venons d'indiquer.

Dans une publication récente, Marchal, de Calvi (1), a rassemblé tous ces documents, rapporté tous les faits publiés jusqu'ici, et fait un exposé complet de l'état de la question.

Les inflammations et gangrènes diabétiques se montrent particulièrement dans le tissu cellulaire, et les affections qu'elles y produisent le plus souvent sont le *furoncle*, l'*anthrax* et le *phlegmon diffus*. Chez quelques individus, ces affections apparaissent dès le début du diabète, et elles peuvent être une des premières manifestations de la maladie, ou du moins ce sont elles qui la font reconnaître. L'anthrax siége principalement à la nuque ou au dos; quant au furoncle et au phlegmon diffus, ils peuvent occuper toutes les régions, et surtout les membres.

Dans un cas rapporté par Fritz (2), un individu diabétique, après avoir eu des abcès et des furoncles, présenta un vaste phlegmon diffus qui occupait tout le tissu cellulaire du bassin, et remontait même au devant du psoas; la mort arriva au bout de huit jours.

Après ces inflammations gangréneuses du tissu cellulaire, les lésions qu'on rencontre le plus souvent sont les eschares et les ulcères gangréneux de la peau, qui siégent principalement aux membres, et le sphacèle occupant toute l'épaisseur d'un membre ou d'une section de membre: un grand nombre des faits que l'on rattachait à la gangrène spontanée ou sénile ne reconnaissent pas d'autre cause que le diabète; dans tous les cas que l'on a rapportés, ce sphacèle siégeait aux membres inférieurs.

Diverses autres lésions du même ordre doivent encore être considérées comme des accidents secondaires du diabète; nous voulons parler du ramollissement fongueux des gencives et de la gangrène du poumon. « De toutes les lésions de la bouche liées au diabète, dit Marchal (de Calvi), la plus ordinaire et la plus tranchée est ce ramollissement fongueux des gencives qui fait tomber les dents les plus saines, et que Bardsley avait signalé dès 1807. C'est, sans nul doute, un des accidents les plus communs du diabète. D'abord je n'avais pas été frappé de son extrême fréquence; aujourd'hui, j'ai eu tant d'occasions de l'observer, que lorsqu'il se présente, je ne manque jamais d'examiner les urines (3). »

Quant à la gangrène du poumon, Griesinger, Monneret, Charcot, etc., en ont donné des exemples remarquables. D'après les faits signalés par ces auteurs, la gangrène pulmonaire diabétique présenterait ce caractère particulier que l'on n'y

(1) Marchal (de Calvi), *Recherches sur les accidents diabétiques*. Paris, 1864.
(2) Fritz, *Gaz. des hôpitaux*, 1862.
(3) Marchal (de Calvi), *loc. cit.*, p. 395.

trouverait pas cette fétidité spéciale de l'haleine et des crachats qui est le signe pathognomonique de la gangrène ordinaire. Cependant ce signe s'est présenté dans un cas récemment observé par Fritz. Dans la plupart des cas, l'affection s'est développée autour de masses tuberculeuses déposées dans les poumons.

L'existence bien démontrée des affections gangréneuses dans le diabète conduit à cette conclusion pratique que l'on doit examiner les urines de tous les individus qui présentent une de ces affections, lorsqu'elles ne dépendent pas d'une autre cause bien évidente ; le médecin sera ainsi amené à reconnaître des diabètes dont aucun symptôme ne lui permettait jusqu'alors de soupçonner l'existence ; il pourra, en outre, établir le traitement rationnel de ces accidents, qui nécessitent impérieusement, en même temps que le traitement local, le traitement général de la cause qui leur a donné naissance, du diabète lui-même.]

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie peut être divisée en *trois périodes*, qui, sans être complétement distinctes, ne laissent pas de se caractériser par des phénomènes remarquables.

Dans la *première*, nous trouvons l'augmentation de l'appétit, la soif, la constipation, l'abondance des urines, la présence du sucre dans ce produit de la sécrétion rénale, sans que d'autres symptômes bien tranchés viennent éclairer le sujet sur sa position.

Dans la *deuxième*, on observe le trouble des fonctions digestives (vomissements, etc.), des alternatives de diarrhée et de constipation, l'émaciation plus ou moins rapide, l'affaiblissement de la vue, la suppression de la transpiration, des symptômes d'hypochondrie ; et plusieurs des symptômes précédents, tels que l'excrétion du sucre par les urines et la soif, augmentent encore.

Enfin, dans la *troisième*, nous voyons souvent un dévoiement continuel, la fièvre, le marasme ; et quoique l'abondance des urines diminue, et que même la transpiration cutanée puisse, dans certains cas, se reproduire en partie, le dépérissement fait des progrès tels, que le malade ne tarde pas à succomber après avoir été plongé dans l'abattement et le désespoir.

Selon Moritz Traube (1), il existe *deux périodes* dans le diabète. Pendant la *première*, la totalité du sucre contenu dans l'urine est fournie immédiatement par les aliments ingérés ; durant la *deuxième*, le sucre ne provient pas seulement de la nourriture, mais il est le résultat d'une sécrétion propre du foie.

Pour mesurer l'intensité d'un diabète, il faut analyser l'urine le matin avant le repas. Si elle est exempte de sucre, la maladie est au premier degré ; si elle contient du sucre, le diabète est au deuxième degré, et d'autant plus avancé que la quantité de sucre rendue chaque heure est plus considérable.

Si on le considère d'une manière générale, on doit dire que la marche du diabète est lente, continue et progressive. Cependant, comme le régime a une influence marquée sur l'intensité des symptômes, il arrive nécessairement parfois que des améliorations de plus ou moins longue durée, accidentelles ou obtenues par l'art, paraissent venir suspendre cette marche croissante ; mais bientôt la maladie

(1) Moritz Traube, *Archiv für pathologische Anatomie von* Virchow *und* Reinhardt. Berlin, 1851, Band IV, Heft I. Seite 146.

reprenant son cours, on voit que ses symptômes sont plus graves, et que ses progrès, quoiqu'un instant masqués, n'en sont pas moins réels. On a vu parfois des affections aiguës, et surtout des exanthèmes fébriles, suspendre momentanément les symptômes de la glycosurie ; mais on ne saurait admettre l'existence d'un *diabète intermittent*, variété qu'on a cru trouver dans quelques faits qui ne sont nullement concluants.

Suivant quelques auteurs, comme Dobton et Osterdycke (1), cités par Contour, la *durée* de la maladie serait parfois de quelques semaines, ou même de quelques jours ; mais on a pensé, et très-probablement avec raison, que dans ces cas le début a été fixé beaucoup trop tard, la maladie ayant été méconnue jusqu'à ce qu'elle ait donné lieu à des symptômes très-graves, ou bien qu'une maladie intercurrente soit venue accélérer la terminaison fatale.

On a cité, au contraire, des cas dans lesquels le diabète aurait duré un grand nombre d'années, et même toute la vie, sans altérer notamment la santé. Moegling (2) indique un fait de ce genre ; et cite Dodonœus et Fernel comme en ayant rapporté de semblables. Mais en lisant cette observation, on ne peut s'empêcher d'y reconnaître l'existence d'une simple *polydipsie* qui avait commencé dès l'enfance, comme cela a lieu fréquemment dans cette maladie. Un fait plus important sous ce rapport est celui qui a été signalé par Bassereau à Contour, et dans lequel on a constaté fréquemment la présence du sucre dans les urines pendant un espace de plus de trente ans, sans que le malade ait été forcé de suspendre ses occupations habituelles. Le défaut de détails ne nous permet pas de rechercher s'il y a dans ce fait quelque circonstance qui puisse expliquer cette anomalie.

Dans presque tous les cas, la glycosurie est une affection de très-longue *durée*, mais les termes de cette durée n'ont pas été fixés d'une manière précise. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'elle est très-différente suivant les périodes de la maladie : la première peut être de plusieurs années ; mais les deux autres, et surtout la dernière, sont beaucoup plus courtes, surtout lorsque les tubercules ont envahi les poumons.

Jusqu'à ces derniers temps, on a pu dire que le diabète était une maladie incurable, et c'était là l'opinion des médecins qui, comme Prout et Berndt, ont observé de véritables glycosuries. On a sans doute cité beaucoup de faits dans lesquels on a affirmé que le diabète a été guéri, mais il faut remarquer, avec Bell, que les principaux symptômes, et en particulier la présence du sucre dans l'urine, n'ont pas été constatés dans ces cas, que les malades n'ont pas été observés pendant assez longtemps, et qu'on a pris, sans aucun doute, une amélioration passagère pour une guérison. Faut-il regarder comme des cas plus concluants de terminaison heureuse ceux qui ont été cités par Bouchardat et Mialhe ? C'est une question sur laquelle nous aurons à revenir à propos du traitement.

§ V. — Lésions anatomiques.

On a dû naturellement diriger d'abord son attention sur l'état des reins, et l'on a vu ces organes le plus souvent hypertrophiés, quelquefois au contraire atrophiés,

(1) Osterdycke, *Mém. de la Soc. de Harleim*, t. XII.
(2) Moegling, *Éphémérides des curieux de la nature*, an XI, obs. 175, p. 274.

ordinairement flasques, ramollis, pâles ; parfois on les a trouvés congestionnés, et cette congestion est, dans certains cas, la seule altération apparente. On a noté rarement une véritable inflammation des reins. Chez certains sujets on a rencontré dans ces organes quelques points de suppuration. Le peu d'importance de ces lésions dans la grande majorité des cas, et le peu de fréquence des altérations un peu graves signalées par quelques observateurs ont dû faire élever des doutes sur leur valeur comme causes organiques de l'affection, avant même qu'on sût comment le sucre se forme dans l'économie ; aujourd'hui il faut nécessairement reconnaître que ces lésions sont secondaires et dues uniquement à l'excès de la sécrétion urinaire déterminé par la maladie déjà existante. On a signalé encore la dilatation et l'épaississement des uretères et de la vessie, ou bien la diminution de capacité de ce dernier organe.

L'hypertrophie, la congestion du foie, ont encore été mentionnées ; mais Cullen a constaté l'absence de ces lésions dans vingt autopsies. L'acidité de la bile, indiquée par R. Willis, n'a pas été retrouvée par Contour, pas plus que l'acidité des matières intestinales.

Sauf une dilatation de l'estomac et des intestins, due sans aucun doute à la grande quantité d'aliments ingérée pendant un temps assez long, on n'a vu, dans ces organes, rien qui mérite d'être noté, et par là se trouve repoussée l'opinion qui a voulu placer dans l'estomac le siége anatomique de la glycosurie.

On ne doit accorder aucune importance à l'accroissement de volume du grand sympathique indiqué par Duncan ; et quant au ramollissement, à la tuméfaction des ganglions mésentériques et à l'épanchement péritonéal qu'on observe quelquefois, ce sont évidemment des lésions secondaires, ainsi que les accumulations de sérosité dans d'autres cavités, les plèvres par exemple.

La très-grande fréquence de la tuberculisation pulmonaire dans cette maladie a frappé tous les observateurs. Il ne paraît guère douteux que ce ne soit encore là une lésion consécutive ; la succession des symptômes le prouve suffisamment.

Enfin, quelques lésions du cœur n'ont aucun rapport avec la maladie qui nous occupe ; la séparation du chyle et du sang dans la sous-clavière (Marshall), et jusque dans les veines du cœur (Michaëlis), une accumulation de sérosité dans les membranes encéphalo-rachidiennes, telles sont les altérations que des recherches minutieuses ont pu faire découvrir. Capezzuoli a trouvé du sucre dans le pus d'un abcès, dans la sérosité du péricarde et dans la bile. Les autres expérimentateurs n'ont pas trouvé cette substance dans d'autres liquides que l'urine et le sang, et dans ce cas c'est pendant la vie des sujets que les expériences ont été faites.

Francis et Cl. Bernard ont trouvé du sucre dans les crachats des diabétiques, et le dernier de ces expérimentateurs en a démontré la présence dans le *sang*, dans le *foie* et dans les *reins*. A propos des *causes*, nous avons parlé des remarquables observations de ce dernier observateur.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — La glycosurie ayant pour caractère essentiel la présence dans l'urine d'une substance qu'on ne rencontre dans aucun autre cas, le diagnostic ne peut offrir aucune espèce de difficulté, dès que l'attention est dirigée sur la possibilité de cette maladie. Les affections dans lesquelles l'excrétion de l'urine est

augmentée, et qui ont pour symptôme une soif exagérée, comme la *polydipsie*, l'*anazoturie*, ont sans doute de nombreux points de ressemblance symptomatique avec la glycosurie ; mais un diagnostic différentiel entre ces maladies n'aurait d'intérêt qu'autant que le procédé pour reconnaître la présence ou l'absence du sucre demanderait une habileté, une aptitude particulières ; or il ne s'agit que de mettre en usage les *procédés de Trommer*, de *Barreswil*, de *Mialhe*, de *Bottger* ou celui de *Maumené*, ou même d'*introduire dans l'urine une petite quantité de bière* qui produit la *fermentation alcoolique*, lorsque ce liquide contient du sucre. Est-il nécessaire de chercher d'autres signes diagnostiques ? Non, sans doute, et *la quantité des urines ne fût-elle pas notablement augmentée*, ce qu'on a observé bien rarement, on ne pourrait, à l'aide de ces moyens si simples, rester un seul instant dans l'erreur.

Mais il faut que l'attention du médecin soit éveillée ; or c'est le défaut de symptômes suffisants, dans les premiers temps de la maladie, qui nuit le plus à la promptitude et à la sûreté du diagnostic. Hufeland a constaté que ce n'est presque jamais le médecin qui reconnaît le premier la glycosurie dont son malade est affecté. L'état de langueur, le dépérissement, sont attribués très-souvent à des maladies nerveuses ou à d'autres affections chroniques ; les malades sont traités comme des hypochondriaques, et ce n'est qu'à une époque fort avancée que ceux-ci, soit qu'ils aient été mis sur la voie par une autre personne affectée de la même maladie, soit spontanément, découvrent du sucre dans les urines, en les goûtant.

Dans les cas même où le médecin s'aperçoit le premier de l'existence de la glycosurie, il arrive très-souvent qu'il a perdu un temps précieux avant d'examiner l'urine, et qu'il a dirigé contre une maladie imaginaire des moyens inutiles, sinon dangereux. C'est donc en s'attachant à reconnaître de bonne heure la maladie, et, s'il se peut, dès la première consultation, que les praticiens rendront les plus grands services. C'est aussi cette partie du diagnostic qui est la plus importante.

Il faut dire, avec Hufeland, que *le médecin doit toujours examiner attentivement les urines de tout malade qui dépérit sans qu'on en trouve une cause suffisante.* On peut même aller plus loin, et ajouter que si, malgré l'existence d'une cause semblable, on trouve quelque chose d'insolite dans la marche de la maladie, l'examen doit être également fait. Il ne peut, en effet, résulter rien de fâcheux d'un pareil examen, et la chose est si facile, si promptement exécutée, qu'il n'y aura jamais à se repentir d'une recherche inutile. Ce précepte est capital ; quand on en aura bien compris toute la portée, on sera bien moins exposé à se tromper et à voir des malades venir avec une affection méconnue pendant des mois et même des années.

On pourra se demander si, dès le début, la présence du sucre dans les urines est un caractère constant et facile à constater. Ce que nous avons vu dans les récidives, où les urines sucrées ont coïncidé immédiatement avec le retour des autres symptômes, permet de croire qu'il en est ainsi au début même de l'affection, et le procédé indiqué plus haut permet de constater une quantité minime de sucre dans l'urine.

En supposant qu'on ait besoin de quelque signe pour être déterminé à l'examen du liquide urinaire, on en trouve plusieurs dans les circonstances suivantes : 1° Une soif inusitée ; la sécheresse de la bouche, l'acidité de la salive, la carie des dents.

2° L'augmentation de l'appétit, qui cependant n'est point constante, mais qui, lorsqu'elle existe, est bien digne de remarque ; car quelle est l'autre maladie chronique avec dépérissement qui présente un pareil symptôme ? 3° La sécheresse de la peau : ce symptôme est si remarquable, qu'il frappe non-seulement le malade, mais encore parfois ses amis. Des personnes étrangères à l'art ont reconnu une amélioration marquée dans l'état des glycosuriques au simple contact de la main, tant cette partie, comme les autres, est sèche, à quelque température qu'elle soit. Quant aux malades, tous les praticiens qui ont eu à soigner des glycosuriques savent qu'ordinairement ils ont recours d'eux-mêmes aux frictions, aux vêtements chauds, en un mot à tous les moyens vulgaires de ramener la transpiration supprimée. 4° L'augmentation de la quantité des urines, et un besoin fréquent de les rendre : c'est encore là un symptôme qui peut manquer, mais dont la valeur n'est pas moins fort grande. 5° Le dépôt gommeux qui reste sur la chemise, et qui la rend comme empesée : c'est quelquefois en goûtant les taches qui en résultent que les malades ont reconnu la présence du sucre dans leurs urines. 6° La diminution ou l'anéantissement des facultés viriles. 7° L'affaiblissement de la vue.

Il n'est même pas nécessaire de l'ensemble de ces symptômes pour faire supposer une glycosurie, et un petit nombre d'entre eux, chez un sujet pâle, affaibli, émacié, frapperont immédiatement le praticien prévenu. L'examen de l'urine à l'aide de l'alcali lèvera promptement tous les doutes qui pourraient rester encore.

Pronostic. — Si l'on ne considérait que les faits publiés avant ces dernières années, on devrait nécessairement porter un pronostic des plus graves, puisque tout ce qu'on a pu obtenir, dans les cas de véritable glycosurie, c'est une amélioration plus ou moins passagère. Si, au contraire, on n'avait égard qu'aux faits rapportés par Bouchardat et surtout par Mialhe, on devrait regarder la glycosurie comme une affection dont il est très-facile de triompher. Mais il faut qu'un plus long temps soit venu démontrer la solidité de la plupart des guérisons qu'ils ont publiées, et en attendant voici ce que l'on peut dire : L'affection livrée à elle-même, est nécessairement mortelle ; traitée par les moyens mis en usage avant ces dernières années, elle n'a pas été radicalement guérie ; *il y a lieu de croire* que sous l'influence du traitement proposé par Bouchardat et de celui que conseille Mialhe, on a obtenu quelques guérisons réelles, et d'*espérer* que les exemples de guérison se multiplieront rapidement.

§ VII. — Traitement.

Les diverses théories du diabète admises par les auteurs ont tour à tour dirigé les médecins dans le traitement de cette maladie. Ayant donné la préférence à celle de Mialhe, parce qu'elle nous paraît établie sur certains faits importants, nous ne pouvons pas attacher une influence majeure aux divers traitements qui ne se rattachent pas à cette manière de voir, et pour deux motifs : le premier est que si les moyens proposés ne tendent nullement à ramener à l'état normal les humeurs viciées, on ne peut pas en attendre des effets durables ; et le second, qui a une plus grande valeur pour le praticien, puisqu'il est fondé sur l'expérience, c'est que les remèdes qui n'ont pas, soit directement, soit indirectement, atteint le but que nous venons d'indiquer, ont eu une efficacité sinon nulle, du moins très-hypothétique dans les cas où on les a mis en œuvre, et cela non-seulement comme moyens cura-

tifs, mais encore comme moyens palliatifs. Nous ne croyons pas néanmoins devoir passer entièrement sous silence la longue série de remèdes proposés ; il faut qu'on sache ce qui a été fait et le résultat qu'on en a obtenu, pour bien apprécier la valeur de ce que nous proposerons de faire.

Jusqu'à l'époque où l'on a séparé nettement la glycosurie des autres espèces de diabète, on a fréquemment confondu, dans l'étude du traitement, les diverses affections qui consistent dans une excrétion surabondante d'urine ; c'est encore là une cause d'erreurs qui doit nous rendre très-réservé dans l'appréciation des résultats thérapeutiques publiés avant qu'on ait senti la nécessité de considérer tout à fait à part la maladie dont le caractère essentiel est la présence du sucre dans les urines. Enfin remarquons qu'un assez bon nombre d'observateurs ont négligé de constater d'une manière précise l'état des urines après les guérisons apparentes qu'ils disent avoir obtenues, et nous comprendrons combien est difficile le jugement en pareille matière.

Émissions sanguines. — Un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels on remarque Aétius, Borsieri, Hufeland, Rollo, etc., ont recommandé d'avoir recours aux émissions sanguines au début de la maladie, et de les pratiquer avec modération. D'autres, au contraire, comme Watt et Carbutt (1), veulent qu'on saigne à toutes les époques de la maladie. Le dernier de ces deux auteurs conseille la *saignée générale*, les *sangsues* à l'épigastre, les *ventouses scarifiées* aux lombes. Ce sont de fausses idées sur la nature de la maladie qui ont engagé à mettre en œuvre ces moyens dont l'efficacité est plus que contestable. On n'admet plus aujourd'hui l'existence d'une inflammation de l'estomac et des intestins, et les émissions sanguines sont généralement abandonnées. Il faudrait des circonstances toutes particulières, comme une complication inflammatoire, pour qu'on y eût recours.

Antispasmodiques. — On a attribué une assez grande efficacité aux antispasmodiques ; cependant on ne les a jamais employés seuls, et on les a toujours associés avec d'autres remèdes dont l'effet est plus généralement admis, ce qui doit nous inspirer des doutes sur leur utilité. Shee (2), Dzondi (3) et Richter (4) recommandent le *camphre*, que ce dernier donne à la dose de 50 *à* 60 *centigrammes*. L'*asa fœtida* est conseillé par P. Frank (5) et par Hufeland : la *valériane* par A. G. Richter ; si ces médicaments ont l'avantage de calmer quelques symptômes, on ne peut les regarder comme des moyens curatifs, et l'on doit les placer tout au plus parmi les adjuvants.

Narcotiques. — L'*opium* a été presque exclusivement conseillé. Déjà Aétius le recommandait, et Willis lui accordait une très-grande confiance. Moncy (6) veut qu'on élève progressivement la dose de l'opium jusqu'à 1 gramme 20 centigrammes par jour. Cette dose paraîtra énorme, elle a été de beaucoup dépassée, puisque Tommasini a été jusqu'à prescrire 3 grammes d'opium dans les vingt-quatre

(1) Watt et Carbutt, Voy. Pabst, *Allgemeine medizinische Zeit.*, 1836.
(2) Shee, *Duncan's Annal. of medicine*, 1706.
(3) Dzondi, *De similitudine ad. illustr. diabetis nat.*, etc. Halæ, 1830.
(4) A. G. Richter, *Spec. therapie*. Berlin.
(5) P. Frank, *Traité de médecine pratique*, traduction Goudareau. Paris, 1842, t. I, p. 401.
(6) Moncy, *Med. chir. Trans. of London*, 1814, t. V, p. 236.

heures. Ce serait au médecin qui voudrait employer ce moyen à juger, en graduant prudemment les doses, jusqu'où il peut les élever. Ce qu'il faut constater ici, c'est que, de l'avis de tous les médecins qui ont une grande confiance dans l'opium, il faut donner des quantités considérables de cette substance, et ne pas craindre de produire le narcotisme et même une intoxication assez marquée (Dzondi).

Très-fréquemment l'opium a diminué la soif et l'appétit, et par suite l'abondance de la sécrétion urinaire ; sous son influence, on a vu des malades recouvrer en partie leurs forces, et par conséquent, ce remède n'est pas sans utilité ; mais dans les cas de guérison rapportés par les auteurs, il s'agit d'une simple *polyurie*, ou il n'y a eu qu'amélioration passagère, et l'efficacité de l'opium devient très-contestable sous ce rapport.

D'autres narcotiques, comme la *belladone* (Hufeland), la *jusquiame*, etc., ont été administrés, mais on ne leur accorde généralement pas une grande confiance. Quant à l'*acétate de morphine*, conseillé par Berndt (1) et Ronander (2), il n'a évidemment pas d'autre action que celle de l'opium lui-même.

Astringents. — Les astringents, vantés par les uns, ont été regardés par les autres comme n'ayant aucun effet utile. Brisbane et Osterdycke sont de cette dernière opinion. Parmi les astringents mis en usage, il n'en est aucun qui ait une plus grande réputation que la *gomme kino ;* beaucoup d'auteurs l'ont recommandée, et Sandras l'a administrée à la dose de 1 *gramme* 25 *centigrammes* pendant un mois.

Les autres astringents sont la *noix de galle*, l'*écorce de chêne*, le *cachou*, le *tannin*, l'*acétate de plomb*, etc. Les astringents sont des médicaments qui ne doivent pas être complétement rejetés du traitement de la glycosurie : ils peuvent, en effet, modérer un peu la sécrétion urinaire dans les cas où elle dépasse toutes les bornes; mais il ne faudrait pas compter sur eux pour guérir radicalement l'affection.

Toniques. — Ce que nous venons de dire des astringents s'applique entièrement aux toniques; qu'il nous suffise, par conséquent, de citer le *quinquina* et le *simarouba* parmi les toniques principalement employés, laissant au praticien le soin d'apprécier l'opportunité de leur administration, que l'extrême faiblesse des malades, dans la plupart des cas, semble parfaitement autoriser.

Ferrugineux. — Les ferrugineux ont été principalement recommandés par Marshall, Peacok, Venable, etc. La grande pâleur des individus affectés de glycosurie, ayant fait supposer que leur sang était très-appauvri, a engagé à administrer le fer, qui peut avoir quelques avantages comme tonique.

Rostan (3) a obtenu une guérison complète chez un sujet dont la constitution était déjà très-altérée, en lui donnant l'*iodure de fer* à la dose de 1 gramme à 1^{gr},25 en pilules, dans la journée. En même temps on tenait le malade au régime animal et tonique; mais ce n'est pas à ce régime qu'on doit rapporter la guérison.

(1) Berndt, *Klinische Mittheilungen*. Greifswald, 1834.
(2) Ronander, *Ars beraett.*, etc. Stockholm, 1831.
(3) Rostan, *Iodure de fer dans le diabète sucré* (*Bulletin général de thérapeutique*, novembre 1842, t. XXIII, p. 377).

puisqu'il était suivi depuis deux mois sans amélioration quand on commença l'administration de l'iodure de fer. Ce médicament doit être recommandé.

Vomitifs, purgatifs. — Les vomitifs et les purgatifs, conseillés par des auteurs très-recommandables, comme Hildenbrand, Richter, Berndt, etc., peuvent être de quelque utilité, mais uniquement pour combattre certains symptômes, et non pour procurer la guérison complète. C'est ainsi que le *tartre stibié*, l'*ipécacuanha*, pourraient être administrés aux doses ordinaires pour aider l'estomac à se débarrasser de l'énorme quantité d'aliments que prennent souvent les diabétiques, et qu'ils ne peuvent pas digérer. C'est ainsi également que les purgatifs ordinaires serviront à vaincre la constipation, symptôme habituel de l'affection, surtout au début. Mais ces traitements palliatifs ne triompheront pas véritablement par eux-mêmes de ces symptômes incommodes, et tant qu'on n'aura pas recours au traitement radical, on pourra espérer de suppléer momentanément à l'intégrité des fonctions, mais non à la rétablir complétement.

Nous allons maintenant donner l'énumération rapide d'un certain nombre de remèdes variés préconisés par les auteurs qui se sont occupés de cette maladie.

Acides. — D'après la théorie que nous avons adoptée, on comprend difficilement qu'on ait administré les acides dans le diabète sucré ; c'est cependant ce qui a eu lieu, et Venable recommande l'*acide phosphorique ;* Brera, l'*acide nitrique* mêlé à l'*éther ;* Fraser et Pitschaft, l'*acide sulfurique ;* et enfin Copland, l'*acide chlorhydrique.* Les faits invoqués par ces auteurs sont loin d'être concluants, ainsi que l'a déjà fait remarquer Naumann, et, d'après tout ce que nous avons dit sur les causes et la nature de la glycosurie, loin de conseiller les acides, on doit les proscrire sévèrement.

Moyens divers. — Berndt (1) prescrit les pilules suivantes :

℞ Acétate de morphine......	15 centigr.	Extrait de fiel de bœuf..........	4 gram.
Sulfate de cuivre ammoniacal	30 centigr.	Poudre de quassia amara........	4 gram.

F. s. a. des pilules de 10 centigrammes Dose : cinq matin et soir.

N'ayant pu étudier les faits dans lesquels ces pilules ont été administrées, nous nous bornons par conséquent à signaler ce moyen à l'expérimentation.

La *créosote* a été administrée par Berndt à la dose de huit gouttes par jour ; la *térébenthine*, prescrite par Schoenlein ; le *fiel de bœuf*, recommandé par Hufeland ; les *mercuriaux ;* le *calomel*, conseillé par Dzondi ; le *café*, le *soufre* (Christie) ; les *bains froids* (Michelotti) ; et enfin l'*urée*, prescrite lorsque l'on pensait que cette substance avait disparu de l'urine des glycosuriques, ou qu'elle avait été convertie en sucre, mais qu'on ne saurait plus administrer, aujourd'hui qu'on sait que cette opinion n'est nullement fondée.

Remèdes externes. — Les moyens de ce genre ne peuvent encore être que des adjuvants. Les *frictions sèches* ou *aromatiques*, conseillées par les anciens ; celles de Naumann, dans lesquelles entrent le *baume du Pérou*, l'*ammoniaque*, la *teinture de cantharides ;* celles qu'on fait avec la *pommade d'Autenrieth ;* les *vésicatoires*, les *sinapismes*, tous ces moyens ont pour but d'exciter la peau, qui

(1) Berndt (*Pilules de*) *contre la glycosurie* (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 septembre 1849, t. XXXVII, p. 220).

a cessé ses fonctions. Mais tant qu'on ne modifie pas l'état général des glycosuriques, on ne peut pas espérer que ces excitants soient suffisants, et, dans tous les cas, ils peuvent être utilement remplacés par les sudorifiques. Quant aux *moxas*, qu'on a également conseillés, rien ne prouve qu'ils aient la moindre utilité.

Les frictions faites avec l'*huile*, le *lard* (Nicolas et Gueudeville), sont destinées à compléter le *traitement par le régime azoté ;* nous en reparlerons à l'occasion de ce traitement. Nous réservons également, pour en parler un peu plus loin, l'emploi des diverses espèces de *bains*.

Séjour dans les climats chauds. — Reith Imray (1) a cité six cas de diabète qui avaient résisté à plusieurs traitements, et qui ont été heureusement influencés par un *séjour prolongé dans les climats chauds.* Notons toutefois qu'il n'avait pas employé le traitement par les alcalins. On peut néanmoins conclure de ces faits, que le séjour dans un climat chaud est un adjuvant très-utile dans le traitement de cette affection, ce qu'on pouvait d'ailleurs prévoir à priori, en se rappelant ce que nous avons dit à propos de l'absence complète des sueurs chez les diabétiques.

Sudorifiques. — Bouchardat et Mialhe ont beaucoup insisté sur la suppression de la transpiration cutanée. Il ne faut pas croire pour cela que ce phénomène ait échappé aux observateurs qui les ont précédés. Hufeland, en particulier, attache une telle importance à cette suppression de la transpiration, qu'il dit (2) : « Parmi les causes éloignées, la plus importante est la *suppression chronique de la sécrétion cutanée.* » Aussi, depuis très-longtemps a-t-on conseillé les sudorifiques, qui sont une partie essentielle de la médication recommandée par Mialhe.

De tous les moyens propres à exciter et à rétablir la sécrétion cutanée, il n'en est aucun qui ait été plus vivement préconisé et plus anciennement employé que les *bains de vapeur.* Arétée, Paul d'Égine, Aétius, en faisaient usage, et ils ont eu de nombreux imitateurs. Mialhe en a signalé les grands avantages, et dans un cas rapporté par lui et par Contour, il n'a fallu que *six bains de vapeur*, concurremment avec les remèdes internes, pour rétablir la transpiration. Ce moyen ne saurait être trop recommandé.

Les *bains chauds* d'eau simple ont quelquefois suffi pour remplir cette indication, sinon d'une manière définitive, du moins pendant un certain temps. Marsh (3) y joint l'emploi de l'*opium*, qui agit sur la peau en même temps qu'il exerce l'action indiquée plus haut (p. 623).

La *poudre de Dower* est administrée dans la même intention ; mais, suivant Carter (4), il faut en continuer longtemps l'usage, si l'on veut en obtenir des effets durables. On doit commencer à en donner 2 décigrammes, et augmenter lentement la dose jusgu'à 5 ou 6 décigrammes par jour, qu'on continuera ensuite.

Les *ammoniacaux* ont été mis en usage, surtout depuis Rollo, qui employait l'*hydrosulfate d'ammoniaque* à la dose de 25 à 50 centigrammes, trois fois par jour. Hufeland a adopté cette manière d'administrer ce médicament. Albers a rapporté un cas où l'*ammonium sulphuratum*, donné chaque jour à la dose de *trois ou quatre gouttes seulement* dans un demi-litre d'eau, aurait eu les plus heureux

(1) Imray, *The Edinburgh med. and surg. Journal*, janvier 1846.
(2) Hufeland, *Manuel de méd. prat.*, trad. par A. J. L. Jourdan, article DIABÈTE.
(3) Marsh, *Dublin hospital Reports*, t. III.
(4) Carter, *London med. Reposit.*, novembre 1823.

résultats. D'autres médecins ont donné l'*ammoniaque liquide* à la dose de six à sept gouttes dans un verre de liquide sucré, deux ou trois fois par jour, et quelques autres médicaments ammoniacaux.

C'est comme sudorifiques que les préparations ammoniacales ont été principalement administrées ; mais l'ammoniaque entre aussi dans la médication alcaline, et ce que nous dirons plus loin de cette médication s'appliquera en partie à son emploi. Si maintenant nous examinons d'une manière générale le traitement par les diaphorétiques, nous voyons que le grand nombre de faits cités en sa faveur, quoique n'étant pas hors de toute contestation, prouve du moins que le rétablissement de la transpiration cutanée est une des principales indications, et que si l'on n'en a pas obtenu des effets plus grands, c'est que, dans le traitement de la glycosurie, il faut une combinaison de moyens internes et externes qui, séparés, seraient insuffisants.

Alcalins. — Les rapports acides, l'acidité extrême des liquides contenus dans l'estomac, et de la salive, ont dû engager nécessairement à mettre en usage les alcalins. Aussi voyons-nous Willis, Fothergill, Fuller, etc., prescrire ces médicaments, et les recommander vivement.

L'*eau de chaux* était employée par Willis et Fothergill. On la prescrit à la dose de 20 à 30 grammes, deux ou trois fois par jour, pure ou dans du lait. Fuller avait adopté la formule suivante :

℞ Racine de salsepareille.	180 gram.	Eau de fontaine.	6000 gram.
Raisins de Corinthe coupés. .	240 gram.		

Faites bouillir jusqu'à réduction de moitié. A la colature, éteignez dans cette décoction :

Chaux vive. . . . . 500 gram.

Dose : 90 grammes, trois fois par jour.

On verra plus loin qu'on a prescrit l'eau de chaux à des doses bien plus considérables.

Traller (1) a conseillé la *magnésie calcinée*, à la dose de 6 *grammes*, et il affirme avoir obtenu deux guérisons complètes qui n'ont exigé qu'un traitement de huit à quinze jours. Devons-nous regarder le fait comme parfaitement démontré ? Non sans doute, parce que cet auteur ne fournit pas des détails suffisants ; mais la chose n'est pas impossible, car les alcalins peuvent agir en très-peu de temps. Hufeland a recommandé le même médicament.

Ce dernier auteur s'exprime ainsi qu'il suit au sujet d'autres substances alcalines (2) : J'ai guéri, dit-il, le diabète, suite d'obstruction du foie, par l'usage des *eaux alcalines de Carlsbad*, de la *soude*, avec des extraits amers. Lorsque nous exposerons le traitement conseillé par Mialhe, et que nous indiquerons les faits qui en prouvent l'efficacité, on verra quelle place importante tiennent les alcalins dans le traitement de la glycosurie.

Bouchardat (3) s'exprime ainsi au sujet des alcalins : « J'ai vu très-souvent employer les bicarbonates alcalins ; mais aucun succès constaté n'est venu me démon-

(1) Traller, *The New-England Journal*, etc., 1824.
(2) Hufeland, *Manuel de méd. prat.*, article DIABÈTE.
(3) Bouchardat, *Annuaire de thérapeutique*, 1841, p. 240.

trer l'efficacité de cette classe d'agents. » Il est probable que dans les essais tentés sous les yeux de cet habile observateur, on n'a agi ni avec assez de hardiesse, ni avec assez de persévérance, et dans tous les cas, il serait indispensable, pour apprécier les faits à leur juste valeur, d'avoir des détails qui nous manquent entièrement.

Régime. — L'influence capitale accordée jusqu'à ces derniers temps à l'alimentation comme cause productrice de la maladie a dû nécessairement faire du régime un des points les plus importants du traitement de la glycosurie. Celse se borne à prescrire des *boissons et des aliments astringents ;* Arétée veut qu'on se soumette à la diète lactée et *féculente*, et Aétius conseil e le *régime végétal :* ces moyens ont été abandonnés après avoir été bien souvent mis inutilement en usage.

Régime azoté. — Sydenham avait signalé les avantages qu'on pouvait retirer d'un régime presque entièrement animal ; mais Rollo insiste bien plus encore sur ce moyen, et entre là-dessus, ainsi que sur les autres parties du traitement, dans des détails que nous croyons devoir consigner ici, en les empruntant à Bouchardat (1).

Traitement de Rollo. — « *A déjeuner*, un litre et demi de lait et un demi-litre d'eau de chaux, mêlés ensemble ; du pain et du beurre.

» *A dîner*, des boudins composés de sang et de graisse ; l'usage modéré des *viandes faisandées*, et des graisses *aussi rances que l'estomac pourra les supporter*, telles que celles de porc, etc.

» *A souper*, les mêmes substances qu'à déjeuner. Pour boisson journalière, *dix milligrammes de sulfure d'ammoniaque dans un décilitre d'eau.* On fera au malade des *frictions* tous les matins *avec du lard*, et on lui appliquera une flanelle sur la peau. On ne lui permettra que de *très-légers exercices.* On lui fera prendre, à l'heure du sommeil, vingt gouttes de *vin antimonial tartarisé* et *vingt-cinq gouttes de teinture d'opium ; on augmentera graduellement ces doses.*

» On appliquera sur chaque région rénale *un vésicatoire*, et on l'entretiendra avec soin. On conservera la liberté du ventre avec *une pilule composée de parties égales d'aloès et de savon.*

» Dès le second jour de ce traitement, dit Rollo, l'urine se rapproche de l'urine naturelle. »

Dans ce traitement de Rollo, dont le régime est la base, nous trouvons à peu près tous les genres de médicaments qui ont été conseillés, sauf les alcalins à dose élevée, qui, d'après les expériences récentes, sont, de tous les moyens dirigés contre la glycosurie, les plus efficaces et les plus indispensables. Aussi les modifications de l'urine observées par Rollo et les cas d'amélioration plus ou moins grande qu'il a recueillis ne doivent-ils pas nous convaincre de l'efficacité de cette médication, qui ne pourrait être admise exclusivement qu'autant qu'on aurait rapporté des faits bien concluants.

Nicolas et Gueudeville, et plus tard Dnpuytren et Thenard, adoptant pleinement les idées de Rollo sur l'influence du régime, ont demandé presque uniquement leurs moyens de guérison à l'alimentation, et c'est en supprimant les végétaux et en donnant presque exclusivement du lard, des boudins, du bouillon gras, qu'ils ont traité leurs malades. Ce qui a dirigé les médecins dans cette thérapeutique, c'est la conviction où ils étaient que l'urée manquait chez les glycosuriques, et que de cette

(1) Bouchardat, *loc. cit.*, p. 231.

absence de l'urée dépendent tous les phénomènes morbides. Or, nous savons que cette opinion était fondée sur des expériences incomplètes, et, de plus, des renseignements exacts nous ont appris que les guérisons qu'ils croyaient avoir obtenues n'étaient que de simples améliorations qui n'ont pas empêché d'avoir une terminaison fatale.

Bouchardat, ayant constaté que le diabète était la conséquence de la transformation de la fécule contenue dans les aliments en matière sucrée, dut nécessairement chercher dans le régime le principal agent thérapeutique contre cette maladie; mais comme, d'un autre côté, l'acidité des voies digestives résultant de la suppression de la transpiration lui paraissait une condition essentielle de la saccharification, il a également insisté sur la nécessité de mettre en usage les sudorifiques, déjà tant vantés. Pour remplir la première indication, il a fait confectionner un *pain de gluten*, qui ne contient qu'une très-petite quantité de fécule due à l'addition d'un cinquième de farine, toujours nécessaire. Voici maintenant son traitement complet :

Traitement de M. Bouchardat. — 1° Pour *régime*, remplacer le pain ordinaire par le *pain de gluten ;* s'abstenir de végétaux féculents (pommes de terre, haricots, etc.); pour tout le reste, régime ordinaire.

2° Porter un *habillement complet de bonne flanelle;* éviter soigneusement le froid, qui pourrait arrêter la transpiration.

3° Prendre chaque jour la potion suivante :

Carbonate d'ammoniaque....	1 gram.	Sirop de sucre...............	20 gram.
Rhum..................	10 gram.	Eau......................	100 gram.

Mêlez. A prendre par cuillerées.

On peut augmenter graduellement la dose du *carbonate d'ammoniaque*, et la porter jusqu'à 2, 4 et même 6 grammes par jour.

4° Le soir, prendre le bol suivant :

℞ Thériaque............	2 gram.	Extrait d'opium..........	25 milligram.

C'est à l'aide de ces moyens fort simples que Bouchardat a soigné quatre malades dont il rapporte l'histoire (1). Dans deux de ces cas, les urines sont revenues à leur état normal en très-peu de temps, et, quoique chacun des deux sujets ait eu une rechute, la maladie n'a guère duré plus de deux mois dans le cas où elle s'est prolongée le plus longtemps. Toutefois, nous ne donnons cette durée que comme probable, parce que celle de la rechute n'est pas précisée. Dans les deux autres cas, il n'y eut qu'amélioration passagère, et l'urine ne cessa pas de contenir du sucre.

Ce qui frappe dans le traitement des deux cas qui ont cessé de présenter des urines sucrées, c'est la coïncidence de l'amélioration avec l'élévation de la dose du carbonate d'ammoniaque, qui n'a été donné que comme sudorifique, mais qui a dû nécessairement agir en alcalinisant les humeurs.

Mais, en supposant même que les principaux moyens employés n'ont eu d'autres résultats que de rétablir la transpiration cutanée, on ne trouvera là rien de con-

(1) Bouchardat, *loc. cit.*

traire à la théorie que nous avons adoptée, puisque ce rétablissement de la transpiration a dû nécessairement rendre le sang plus alcalin, ce qui est indispensable pour la guérison; et si l'on trouvait un moyen qui rendît cette alcalinisation plus prompte et plus sûre, il faudrait se garder de le rejeter, par la raison qu'un certain nombre de sujets ont guéri sans qu'on en fît usage. Or, c'est là ce que nous allons trouver tout à l'heure dans le traitement proposé par Mialhe.

Quant au pain de gluten, on ne doit pas attacher une importance majeure à son administration; car ce n'est pas la saccharification de la fécule qui constitue la maladie elle-même, mais bien la tendance qu'a le sucre à passer dans les urines sans être altéré et quoiqu'on n'introduise pas de matières féculentes dans l'économie. Toutefois, comme dans ces circonstances le sucre peut être considéré comme un véritable corps étranger, puisqu'il n'est pas assimilé, il pourrait y avoir un grand avantage à mettre en usage le pain de gluten, qui ne contient qu'une très-petite portion de fécule, si ce pain, extrêmement compacte, ne dégoûtait promptement les malades. Or c'est malheureusement ce qui arrive, ainsi que l'a constaté Martin-Solon; et comme, d'un autre côté, l'usage des alcalins et des sudorifiques, administrés de la manière que nous allons indiquer, a des effets puissants, quoiqu'on ne supprime pas complétement les aliments féculents, il sera toujours mieux d'en permettre aux malades une quantité suffisante, pour que leur régime ne se trouve pas complétement changé.

[Depuis l'époque où il a publié ses premières recherches sur le traitement du diabète, Bouchardat n'a cessé de poursuivre son œuvre, et, dans une série de publications successives, il a indiqué les modifications que l'expérience lui avait fait apporter à son traitement primitif.

« Dans mes premiers écrits, dit cet auteur (1), j'avais attribué à l'alimentation une part trop exclusive; je ne veux pas dire ici qu'elle ne soit point considérable, que la direction d'un régime alimentaire, qui doit être continué pendant des années, n'ait pas présenté une foule de difficultés de détail que l'expérience et l'observation ont seules pu lever. » L'alimentation ne fait pas seulement, d'après Bouchardat, disparaître le sucre des urines en supprimant les aliments glycogéniques, elle fait perdre à l'organisme de mauvaises habitudes morbides, en sorte que l'on peut, au bout d'un certain temps, permettre l'usage modéré des féculents, à la condition qu'ils soient utilisés et que le sucre ne reparaisse pas dans les urines; pour s'assurer qu'il en est ainsi, il faut que le malade examine tous les jours ses urines, et si le sucre y réapparaît, qu'il revienne aussitôt aux rigueurs du régime.

Ce que l'on doit poursuivre, quand le sucre a disparu des urines, c'est l'utilisation des féculents; et, pour l'obtenir, Bouchardat s'adresse à l'ensemble des moyens que l'on emploie dans l'entraînement du pugiliste; ce traitement hygiénique comprend tout ce qui se rapporte à l'alimentation, à l'exercice, aux soins de la peau, aux influences morales, etc.

Nous n'avons pas à revenir sur l'alimentation; quant à l'exercice, Bouchardat veut que le diabétique se livre à un exercice énergique capable d'amener une bonne sueur de tout le corps et une fatigue modérée : les travaux manuels, les exercices gymnastiques, les promenades *en plein air*, conviennent également, et un grand

(1) Bouchardat, *Annuaire de thérapeutique*, 1865, p. 291.

nombre d'observations en démontrent l'efficacité : ils contribuent à faire disparaître le sucre des urines et à empêcher le retour de la glycosurie, même alors que les féculents font partie de l'alimentation : « L'utilisation des aliments féculents chez les glycosuriques, conclut Bouchardat, correspond à l'utilisation des forces en plein air. » Dans ces exercices journaliers, le malade doit éviter avec soin les refroidissements : il portera de la flanelle et s'habituera à réagir contre le froid.

Les soins de la peau ont une importance extrême : les bains, simples ou alcalins, les lotions froides, les frictions sèches, excitent les fonctions de la peau et habituent à réagir contre le froid.

Les influences morales doivent aussi fixer l'attention des médecins : il faut recommander d'écarter les soucis, les occasions de colère, toutes les passions désordonnées.

Les facultés génitales sont très-habituellement affaiblies chez les glycosuriques : aussi devra-t-on leur prescrire, sinon une continence absolue, du moins un usage des plus modérés.

Tel est, en résumé, le traitement hygiénique préconisé par Bouchardat, comme le seul qui puisse revendiquer des guérisons solides et durables.

Plusieurs observations rapportées dans le mémoire que nous venons d'analyser ne laissent, en effet, aucun doute sur l'efficacité de l'exercice forcé, et montrent qu'il est le plus puissant adjuvant du régime. Des faits cités par Bouchardat établissent de la manière la plus évidente que l'on peut, avec l'aide de ces moyens employés avec persévérance, obtenir des guérisons parfaites.]

Palmer, de Birmingham (1), a fait fabriquer des pains féculents moins désagréables que le pain de gluten de Bouchardat, et qui peuvent être très-utiles dans l'alimentation des diabétiques.

« Palmer (de Birmingham) avait fait fabriquer ce pain qui contenait une très-grande quantité de son, substance alimentaire, ainsi que l'ont prouvé les recherches de Millon, ce pain avait l'inconvénient d'être difficile à avaler. Palmer a eu l'heureuse idée de remplacer le son par le résidu que fournissent les pommes de terre râpées après qu'on a séparé toute la fécule. Voici comment on prépare ces pains : On prend seize livres de la matière ligneuse des pommes de terre, parfaitement débarassée de la fécule ; trois quarts de livre de graisse de mouton ; demi-livre de beurre frais ; douze œufs ; demi-once de carbonate de soude, et deux onces d'acide hydrochlorique étendu d'eau. (Le carbonate de soude et l'acide hydrochlorique ont pour but de donner à ce pain de la légèreté et du poreux.) On fait de cette masse huit gâteaux que l'on soumet à un feu vif, dans un four, jusqu'à ce qu'ils aient pris une belle couleur brune. Ces gâteaux ont un goût un peu meilleur lorsqu'on les fait légèrement rôtir. Palmer avait d'abord ajouté un peu de gomme arabique ; mais elle rendait le pain si tenace, qu'on a été obligé d'y renoncer. Depuis quelque temps, il additionne son mélange d'un peu de son en poudre.

» Ce pain, d'une nature particulière, a été essayé par plusieurs médecins de Birmingham, Percy, Johnston, etc., qui lui ont reconnu des avantages, et qui

(1) Palmer, *The Lancet*, et *Bulletin général de thérapeutique*, 15 mai 1849, t. XXXVI, p. 426.

ne se sont pas aperçus que son emploi ait eu l'inconvénient d'augmenter la proportion de matière sucrée dans les urines. »

Traitement de Mialhe. — Les deux indications capitales du traitement proposé par Mialhe sont : 1° d'introduire dans la masse des humeurs une quantité de matière alcaline suffisante pour la transformation du sucre de fécule en matière désoxygénante, et 2° de faire sortir, en rétablissant la sécrétion cutanée, les acides qui diminuent l'alcalinité du sang. Pour arriver à ce but, voici les moyens qu'il propose :

1° Les féculents ne doivent pas être entièrement proscrits du régime; néanmoins, pour les raisons données plus haut, il sera bon d'*en réduire la quantité de moitié ou au moins du tiers*, ce qui ne sera pas une très-grande privation pour le malade. Ainsi, il ne faudra défendre ni le pain, ni les légumes secs, ni les pommes de terre, etc., dont l'abus seul aurait des inconvénients. Du reste, le régime sera varié comme à l'ordinaire.

2° On commencera par prescrire au malade 6 *grammes de bicarbonate de soude*, à prendre en trois fois, le matin, vers le milieu de la journée et le soir, dans un verre d'eau, dans un verre de tisane, ou dans une tasse de bouillon. Au bout de deux ou trois jours, *on augmentera chaque dose d'un gramme*, et lorsqu'on sera parvenu à faire prendre de 12 à 18 grammes de bicarbonate de soude chaque jour, on continuera cette dose. L'*eau de Vichy* sera en même temps administrée aux repas, mêlée avec du vin.

On peut encore prescrire le *lait de magnésie* suivant la formule donnée par Mialhe (1) :

℞ Magnésie calcinée officinale.	100 gram.	Eau de fleur d'oranger	100 gram.
Eau pure	800 gram.		

Broyez la magnésie avec l'eau, et portez ensuite le mélange à l'ébullition, en agitant sans cesse avec une spatule d'argent. Passez et ajoutez l'eau aromatique. Dose : une cuillerée à bouche tous les matins.

Enfin, on peut employer l'*eau de chaux* à la dose de deux à trois litres par jour.

Quoique ces divers alcalins puissent suffire, car ce qu'il importe, c'est de faire parvenir une quantité suffisante d'alcali dans le sang, c'est le bicarbonate de soude et l'usage de l'eau de Vichy aux repas qui ont été jusqu'ici employés avec le plus d'avantage (2).

Il faudrait prendre garde de donner le lait de magnésie à une dose plus élevée que celle qui a été indiquée plus haut, parce que les acides abondants qui se trouvent dans le tube digestif des diabétiques changeant la magnésie en sel, il en résulte très-facilement chez ces sujets une purgation assez considérable pour les affaiblir.

3° Pour ramener la transpiration, on mettra en usage les *bains de vapeur* donnés deux et même trois fois la semaine. Si l'on en juge par quelques faits observés avec soin, il ne faut qu'un petit nombre de bains de vapeur pour arriver au but qu'on se propose ; cinq ou six peuvent suffire : ce qui tient sans aucun doute à ce que l'action du médicament interne ne tarde pas à se faire sentir.

Le malade devra *se couvrir le corps de flanelle*, ainsi que le recommandent la

(1) Mialhe, *Art de formuler*, p. 122.
(2) Petit, *Du mode d'action des eaux thermales de Vichy*. Paris, 1850, p. 449.

plupart des auteurs. Enfin, il devra tous les jours faire un *assez grand exercice*, contrairement à la manière de voir de Rollo.

Quant à l'emploi des divers *sudorifiques*, celui de l'opium, des antispasmodiques, etc., on ne peut pas dire qu'ils soient contraires, et l'on peut même admettre que dans certains cas ils remplissent utilement quelques indications particulières; mais, en général, ces médicaments sont inutiles.

Tel est le traitement que la théorie a indiqué à Mialhe. Si maintenant nous recherchons les résultats pratiques, nous trouvons d'abord un fait très-intéressant recueilli par Mialhe et Contour, et communiqué à l'Académie de médecine (1). Il s'agit d'un sujet qui, depuis dix-huit mois, avait commencé à présenter du sucre dans ses urines, et qui se trouvait, lorsqu'il fut vu par les deux auteurs que nous venons de citer, dans l'état suivant : Prostration et amaigrissement extrêmes, faiblesse très-grande; appétit toujours bon, digestion facile; soif des plus vives, bouche sèche, salive acide : le malade peut à peine dire quelques paroles sans être forcé de boire; il ingère cinq ou six litres d'eau par jour. Quantité de l'urine en rapport avec celle des boissons; ce liquide est très-acide, presque entièrement décoloré, marque 1040 au densimètre, et contient un peu plus de 45 grammes de sucre par litre. Grande constipation; force virile anéantie depuis plus d'un an; vue affaiblie au point de nécessiter l'usage des conserves. Le chlorure de sodium ayant été employé sans résultat, Mialhe et Contour commencèrent l'usage du traitement qui vient d'être indiqué; et, au bout d'un mois et demi environ, les urines ont cessé de contenir du sucre, la soif a disparu, la salive a repris ses caractères normaux, la sécrétion cutanée s'est rétablie; la défécation se fait facilement, les facultés viriles et la vue ont repris leur intégrité.

Tel était l'état de choses lorsque Mialhe et Contour ont présenté cette observation à l'Académie de médecine; nous pouvons y ajouter d'une manière succincte le détail de ce qui s'est passé depuis, et cette partie ne sera pas, à beaucoup près, la moins intéressante. Pendant environ dix mois, le sujet de cette observation a continué à se porter aussi bien qu'avant sa maladie, se bornant à prendre quelques grammes de bicarbonate de soude dans la journée, et à suivre un régime réglé. Au bout de ce temps, sa santé lui paraissant complétement affermie, il crut pouvoir s'affranchir de toute espèce de contrainte, et supprimer le médicament; mais douze jours s'étaient à peine écoulés, que le sucre reparut dans les urines, et que la soif recommença à se faire sentir. Il revint chez Mialhe, qui lui conseilla seulement de reprendre son bicarbonate de soude, et, au bout de quatre ou cinq jours, la santé était complétement rétablie. Depuis, il se borne à prendre quelques doses du médicament alcalin, ne s'astreignant pas tous les jours à ce traitement, et cependant on n'observe pas le moindre signe de glycosurie, et l'urine ne contient pas un atome de sucre.

Ce fait est remarquable, d'abord par la disparition si complète du sucre des urines qu'on a pu constater pendant un temps fort long, et en second lieu par la facilité avec laquelle quelques doses d'un médicament alcalin ont triomphé de tous les symptômes de la récidive. Toutefois, la promptitude avec laquelle cette récidive s'est reproduite dès que le malade a cru pouvoir s'affranchir de tout traitement, doit être

(1) Mialhe et Contour, *Bulletin de l'Académie de médecine*, juillet 1844, t. IX, p. 977.

soigneusement remarquée ; elle prouve, en effet, que la tendance de l'organisme à contracter cette maladie sous l'influence des causes qui ont agi primitivement était restée fort grande, et même il est permis d'admettre que, pendant tout le temps de la guérison apparente, le *sang* était tout simplement alcalinisé d'une manière artificielle par l'introduction persévérante des médicaments, et que le sujet était resté virtuellement diabétique. On ne sera sûr du contraire qu'autant qu'à une époque qu'il est impossible de prévoir, le sujet de l'observation pourra reprendre toutes ses habitudes sans voir reparaître les symptômes de la glycosurie. Néanmoins on doit regarder comme un très-beau succès, de pouvoir, à l'aide de petites doses d'un remède qui n'est pas essentiellement désagréable et d'un traitement qui n'est pas assujettissant, maintenir les malades dans un état on ne peut plus satisfaisant, et tel que l'examen le plus minutieux ne peut faire reconnaître chez eux aucun signe de maladie déclarée.

Ce fait n'est pas le seul de ce genre que nous pourrions citer. Mialhe en a vu plusieurs autres ; nous nous contenterons de citer le suivant, qui est remarquable par les effets extrêmement rapides du traitement alcalin. Le malade, qui était devenu diabétique à la suite d'un abus de boissons acidules pendant les grandes chaleurs de 1847, fut mis à l'usage des moyens suivants : 20 grammes de bicarbonate de soude, 5 grammes de magnésie calcinée, deux bouteilles et demie d'eau de Vichy dans les vingt-quatre heures. Les urines, qui contenaient 80 grammes de sucre par litre et qui avaient une densité de 1040, ne présentèrent plus, *dès le lendemain*, la moindre trace de sucre, et n'eurent plus qu'une densité de 1026. Le traitement fut continué, et le diabète fut complétement guéri (1).

Villeneuve (2) a cité un cas dans lequel le traitement par les alcalins et les bains de vapeur a eu les meilleurs effets. Deux femmes diabétiques ont été, il est vrai, traitées sans succès, dans le service d'Andral (3), par le traitement alcalin ; mais il faut remarquer que ce médecin s'est contenté de prescrire 8 grammes de bicarbonate de soude par jour, ce qui est insuffisant.

Résumé sommaire du traitement. — Émissions sanguines ; antispasmodiques, narcotiques ; astringents, toniques, ferrugineux ; vomitifs, purgatifs ; acides.

Moyens divers : Créosote, térébenthine, fiel de bœuf, mercuriaux, café, soufre ; bains froids.

Moyens externes : Frictions aromatiques ; teinture de cantharides, pommade d'Autenrieth ; vésicatoires, moxas ; frictions graisseuses ; sudorifiques, ammoniacaux, alcalins ; régime azoté.

3° HIPPURIE.

L'hippurie est une affection nouvelle nommée et décrite par Bouchardat (4). Elle est principalement caractérisée par la présence de l'acide hippurique dans les urines : de là son nom.

(1) Mialhe, *Compt. rend. des séances de l'Académie de médecine*, 25 juillet 1848, et *Bulletin général de thérapeutique*, 15 mars 1849.

(2) Villeneuve, *Journal de méd., chir., pharm., méd. vétérin., de la Côte-d'Or*, n° 6, 1848.

(3) Andral, *Journ. des connaissances méd.-chir.*, mars 1846, p. 94.

(4) Bouchardat, *Annuaire de thérapeutique*, 1842, p. 285 et suiv.

§ I. — Causes.

Bouchardat pense que dans le seul cas qu'il a observé, la principale *cause* de la maladie doit être cherchée dans le régime suivi pendant plusieurs années, et qui consistait en une alimentation variée en général, mais présentant cela de remarquable, que le sujet de l'observation (une femme) a pris, mêlé à du café ou pur, du *lait tous les jours* en assez grande quantité (40 centilitres le matin et 75 centilitres le soir). Considérant que l'acide hippurique se trouve normalement chez les très-jeunes enfants nourris exclusivement de lait, l'auteur signale avec soin ce rapport frappant. Toutefois il remarque que le régime ayant été complétement changé, l'acide hippurique n'a pas moins continué à se montrer dans les urines, ce qu'il attribue à une loi qu'il nomme *loi de continuité d'action.*

§ II. — Symptômes.

Les symptômes éprouvés furent les suivants. D'abord *sentiment de lassitude* et de nonchalance insolite; *suppressions de sueurs* habituelles précédemment très abondantes; *suppression de démangeaisons* à la peau, qui depuis neuf ans avaient constamment incommodé la malade. Plus tard la *peau* devint aride, écailleuse; quelques *douleurs* se firent sentir dans la région du foie; une *coloration jaune* du corps coïncida avec des *matières fécales noires.* On remarqua également la disparition d'une *pituite habituelle;* il survint de la *sécheresse à la bouche,* surtout pendant la nuit, avec *saveur désagréable,* la *salive* étant *toujours alcaline.* L'*appétit* diminua progressivement, les *digestions* étaient quelquefois *pénibles.* La *soif* devint *ardente*, sans être comparable à celle des glycosuriques.

A l'époque où la malade fut examinée par Bouchardat, les *urines* étaient dans l'état suivant : *peu colorées*, limpides; leur *saveur* était légèrement salée et leur *odeur* caractéristique; on eût pris ce liquide pour du petit-lait ou pour du bouillon léger aigri. La *densité* varia, dans cinq expériences, entre 1,008 et 1,0061; dans deux autres elle monta à 1,0077. Elles rougissaient très-faiblement le papier de tournesol. L'*analyse chimique* y fit reconnaître une diminution notable des principes fixes de l'urine, de l'*acide hippurique* dans la proportion de 2,23 sur 1000, et de l'*albumine* dans la proportion de 1,47.

Plus tard encore, l'état des urines restant le même, la malade s'affaiblit et dépérit graduellement, ne présentant de nouveaux symptômes que de la suffocation par moments, et un œdème toujours croissant; elle finit par succomber dans le marasme.

Ce n'est pas avec un fait qu'on peut tracer l'histoire d'une maladie : quant à celle-ci donc, il suffit de l'avoir signalée d'une manière précise; aussi nous contenterons-nous, pour terminer, de dire un mot du diagnostic et du traitement prescrit par Bouchardat.

L'alcalinité de la salive, la densité de l'urine qui est moindre qu'à l'état normal, feraient penser qu'il ne s'agit pas d'une glycosurie, et la présence de l'acide hippurique dans ce liquide, ainsi que l'absence du sucre, éclairera le diagnostic.

Quant au *traitement*, Bouchardat conseilla une *alimentation azotée corrobo-*

rante, et chercha à *rétablir les sueurs* et les *démangeaisons habituelles*. Cette médication n'eut aucun résultat avantageux.

ARTICLE XVIII.

MALADIE D'ADDISON.

§ I. — Historique et bibliographie.

[Le docteur Addison, médecin de *Guy's hospital*, à Londres, a publié en 1855 une monographie (1) sur les effets locaux et généraux de l'altération des capsules surrénales. Cette maladie, ayant pour signe caractéristique une coloration brune de la totalité ou de certaines parties de la peau, fut plus particulièrement désignée par le docteur Addison sous le nom de *peau bronzée* (*bronzed skin*). Grâce à l'initiative de Trousseau, cette maladie porte le nom de *maladie d'Addison*.

I. *Partie physiologique*. — *Fonctions des capsules surrénales*. — Ces organes ont été considérés pendant longtemps, à cause de leur situation, comme des annexes des reins ; mais si les capsules sont voisines des reins, elles n'ont pas de connexité nécessaire avec ces organes, et dans les déplacements congénitaux des reins, les capsules ne les accompagnent pas dans leur migration, mais conservent leur place normale. On a renoncé déjà depuis longtemps à l'idée que les capsules surrénales faisaient partie du système uropoétique. Heim (de Berlin), en 1824, et Haumann, en 1836, ont pensé que le sang veineux y était révivifié à sa sortie des reins, supposition qui a été réfutée par Rayer et M. Huschke.

Hewson le premier, puis après lui, Meckel, Cooper, Klein, Rayer, avaient remarqué que chez les monstres acéphales on trouvait les capsules surrénales atrophiées, observations qui paraissent avoir conduit Bergmann (d'Hildesheim) à conclure dans sa thèse inaugurale, en 1859, que les capsules n'étaient pas autre chose que des ganglions nerveux. L'anatomie démontre, du reste, dans ces organes, la présence des éléments nerveux en très-grande quantité. Cassan et Meckel avaient observé, d'autre part, que chez les nègres les capsules surrénales avaient un volume plus considérable que chez les hommes à peau blanche. Quelques cas d'altérations diverses des capsules surrénales avaient été observés, soit en France, soit à l'étranger, par Rayer, Andral, Louis, et Rayer avait publié en 1837 (2) un mémoire dans lequel on trouve décrite l'apoplexie observée dans ces organes sur des personnes âgées et sur des fœtus. En 1851, Brown-Séquard avait signalé à la Société de biologie une altération survenant dans les capsules surrénales après la section d'une moitié latérale de la moelle. Un certain nombre d'anatomistes, parmi lesquels on doit citer Kölliker, Frey, Ecker, Gray, Virchow, Leydig, ont décrit minutieusement la structure de ces organes.

Lorsque le livre du docteur Addison parut, la physiologie des capsules surrénales était très-imparfaitement connue, et, malgré les efforts tentés dans ces derniers

(1) Addison, *On the constitutional and local effect of disease of the suprarenal capsules*, in-4. Londres, 1855.

(2) Rayer, *Recherches anatomo-pathologiques sur les capsules surrénales* (Journal *l'Expérience*, 5e série, t. VIII, p. 385 et 572).

temps pour élucider ce point obscur, on peut dire que cette question est à l'étude et ne saurait avoir une solution immédiate. Aucun auteur n'a poussé plus loin les recherches sur la physiologie des capsules surrénales que Brown-Séquard. La découverte d'Addison était à peine connue que Brown-Séquard, en 1856, entreprenait à cette occasion des recherches qui sont consignées dans une série de mémoires présentés à l'Académie des sciences de Paris. Ces recherches portaient sur les résultats de l'ablation des capsules surrénales chez différents animaux. Peu de temps après, le même auteur publiait un mémoire sur la physiologie des capsules surrénales (1). On trouve énoncés, dans ce remarquable travail, les faits physiologiques suivants : sensibilité très-vive des capsules; accroissement, après la naissance, de ces organes qui ne sont pas transitoires comme le thymus; nécessité de la mort chez tous les animaux domestiques (les seuls sur lesquels on ait fait l'expérience) après l'ablation des capsules. L'auteur a noté le temps que chaque animal survit après l'ablation des capsules : il a obtenu dix-sept heures et demie comme moyenne générale; chez quelques animaux il a vu survenir des convulsions épileptiformes, et une tendance à la rotation sur l'axe. Sur les animaux dépouillés des capsules, il a trouvé plus de pigment qu'on n'en rencontre ordinairement; il a trouvé également qu'une maladie commune chez les lapins, et qui amène rapidement la mort, semblait liée à une production exagérée du pigment et à une inflammation des capsules surrénales, et essayé de montrer qu'une grande analogie existait entre les symptômes de cette maladie, ceux de la maladie d'Addison, et ceux que l'on observe après l'ablation des deux capsules. Enfin, des faits observés par Addison et de ses propres expériences, Brown-Séquard tirait cette conclusion, qu'en l'absence des fonctions des capsules, il se faisait une accumulation de pigment dans le sang chez les animaux et dans la peau chez l'homme, et que l'une des fonctions des capsules paraissait être de modifier une substance douée de la propriété de se transformer en pigment, modification d'après laquelle cette substance perdrait cette propriété.

Quelques-uns de ces résultats furent contestés par Gratiolet et Philipeaux, qui pensaient que la mort était due, dans le cas d'ablation de ces organes, non pas à l'absence d'une fonction nécessaire à la vie, mais au traumatisme de l'opération. Philipeaux a déclaré que la mort, après cette ablation, pouvait ne pas survenir chez les rats albinos; il vit même survivre à cette opération des animaux à poils colorés. Martin-Magron conserva pendant sept semaines un chat auquel il avait enlevé les capsules surrénales, et dans le sang duquel il n'avait pu constater la présence du pigment. Cependant Brown-Séquard n'abandonna pas sa première opinion, et, en 1858, il publia (2) un nouveau mémoire dont voici les conclusions :

1° Les fonctions des capsules surrénales semblent être essentielles à la vie chez les animaux non albinos.

2° La suppression immédiate et complète de ces fonctions amène la mort très-rapidement.

3° La suppression graduelle de ces fonctions amène la mort au plus tard après

(1) Brown-Séquard, *Recherches expérimentales sur la physiologie et la pathologie des capsules surrénales* (*Archives générales de médecine*, oct. et nov. 1856).

(2) Brown-Séquard, premier numéro de son *Journal de physiologie*, 1858.

un petit nombre de mois, et chez certaines espèces animales, en quelques jours.

4° L'ablation simultanée des deux capsules surrénales amène la mort, en général, notablement plus vite que l'ablation des deux reins.

5° Si certains animaux albinos semblent capables de survivre définitivement à l'ablation des capsules surrénales, ce fait vient à l'appui de l'opinion (émise par l'auteur) que l'une des causes principales de mort chez les animaux non albinos, après la perte de ces petites glandes, consiste dans une accumulation de pigment.

Beaucoup d'auteurs refusent aux capsules surrénales des fonctions aussi importantes que celles qui leur sont attribuées par Brown-Séquard, et ne considèrent pas ces organes comme indispensables à la vie. Outre ceux que nous avons cités plus haut, plusieurs expérimentateurs ont vu survivre des animaux qui avaient subi l'ablation des capsules. Quant à la cause de la mort qui survient dans la plupart des expériences, Brown-Séquard la trouve dans l'ablation des capsules; Gratiolet dans le traumatisme de l'opération; plus récemment, dans un travail important sur ce sujet (1), Harley a attribué la mort à la lésion des nerfs ganglionnaires qui avoisinent les capsules surrénales, et spécialement à celles du ganglion semi-lunaire droit.

Chatelain (2) et Schiff (3), cités par Martineau, ont dans ces derniers temps pratiqué l'ablation des capsules, et quelques-uns des animaux opérés ont guéri. Ces auteurs ont conclu de leurs recherches que les capsules surrénales ne sont pas indispensables à la vie, et en outre qu'elles n'ont pas pour fonction de détruire le pigment; ayant, en effet, examiné à diverses reprises le sang des animaux qui avaient survécu à l'opération, ils n'ont pu y rencontrer le pigment, et n'ont vu survenir aucune altération de couleur dans la peau et les autres tissus.

On voit qu'il est très-difficile, au milieu des contradictions qui règnent encore entre les physiologistes, d'avoir une opinion sur les fonctions des capsules surrénales, et que ce point réclame encore de nouvelles recherches.

II. *Partie pathologique.* — Lorsque le livre du docteur Addison eut été publié en Angleterre, en 1855, les médecins anglais recherchèrent avec zèle les faits de ce genre. Le docteur Jonathan Hutchinson fit appel à tous ses confrères dans le *Medical Times*, et parvint, dans l'année 1856, à réunir un grand nombre d'observations de la maladie. Addison en avait consigné onze cas, depuis lors dix-neuf autres cas ont été recueillis en Angleterre; ce qui porte le chiffre total à trente. Les médecins qui se sont le plus occupés de ces recherches sont les docteurs Hutchinson, Farre, Ranking, Vincent, Gibbon, Monro. En France, dès 1856, au mois de mars, Lasègue publiait (4) un article critique intitulé : « *Les maladies des capsules surrénales; symptômes et diagnostic, d'après Addison.* » Cet article est le premier qui ait paru en France sur cette question. Trousseau, au mois de septembre de la même année (1856), communiquait à l'Académie de médecine (5) une observation de peau bronzée avec lésion des capsules surrénales qu'il avait recueillie dans

(1) Harley, *The histology of the suprarenal capsules*, dans la *Lancette anglaise*, numéros du 5 et du 12 juin 1858.

(2) Chatelain, thèse inaug., Strasbourg, 1859.

(3) Maurice Schiff (de Florence), l'*Imparziale* du 26 mars 1863.

(4) Lasègue, *Les maladies des capsules surrénales, symptômes et diagnostic d'après Addison* (*Archives générales de médecine*, 1856, 5e série, t. VII, p. 257).

(5) Trousseau, *Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1856, t. XXI, p. 1036. — Voyez aussi Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit. Paris, 1865, t. III, p. 533.

son service de l'Hôtel-Dieu, et demandait que cette maladie s'appelât désormais maladie d'Addison. Au mois de septembre 1856 également, Ferréol publiait une observation de la même maladie (1). Depuis cette époque, les observations se sont multipliées, et même il a paru sur ce sujet plusieurs travaux d'ensemble, parmi lesquels nous citerons ceux de Danner (2), de Hecht (3), les thèses de Chatelain, de Laguille, et surtout celle de Martineau (4), où se trouvent rassemblés toutes les observations et les documents relatifs à la maladie d'Addison.

L'exposé qui précède montre que si la physiologie des capsules surrénales n'est pas connue encore, il n'en faut accuser que l'imperfection relative de nos connaissances générales et de nos moyens d'observation, et non le zèle des physiologistes. La maladie d'Addison est peut-être destinée, à mesure qu'elle sera mieux ou plus longuement étudiée, à éclairer cette question de physiologie.

§ II. — Symptômes.

Les symptômes les plus frappants sont les suivants : affaiblissement progressif, perte de l'appétit, vomissements; apparition sur la peau et certaines muqueuses de taches pigmentaires de couleur brune, ou même d'une teinte foncée répandue sur tout le tégument.

Début, prodromes, causes prédisposantes. — Cette maladie est essentiellement chronique, comme toutes les cachexies. C'est même en cherchant à classer les cachexies qu'Addison est arrivé empiriquement à découvrir cette nouvelle espèce morbide. Il ne faut donc pas s'étonner si la plupart des malades n'ont attiré l'attention qu'alors que l'état cachectique existait déjà chez eux depuis assez longtemps. Le plus grand nombre étaient des gens atteints de cancer, soit à la mamelle, soit à l'estomac, ou d'affections tuberculeuses, de mal de Pott; d'autres étaient affaiblis par des excès, par l'alcoolisme : ainsi on peut dire que le début de la maladie appartient souvent à des causes variées de cachexie. Dans un très-petit nombre de cas, la maladie a paru primitive. Aussi, en présence des conditions défavorables au milieu desquelles ont vécu la plupart des malades, des maladies graves dont ils étaient affectés déjà, on s'est demandé si l'on ne pouvait pas regarder la coloration bronzée comme le résultat des cachexies profondes, et des altérations d'organes essentiels dont elle est si souvent accompagnée (Hecht). On a jusqu'ici observé plus souvent cette maladie chez les hommes que chez les femmes. C'est surtout dans l'âge moyen qu'elle paraît sévir.

Apparition des symptômes propres à la maladie. — Cette apparition est quelquefois lente, mais elle a été parfois assez rapide. Le plus souvent ce sont des vomissements opiniâtres, avec un dégoût marqué pour les aliments, et habituellement de la constipation. Un malaise général sans fièvre, un sentiment de faiblesse, de courbature, et le plus souvent une sorte d'anéantissement, accompagnent ces premiers accidents. L'anémie est quelquefois portée à son comble. Les conjonctives sont bleuâtres, les muqueuses décolorées, et tous les autres signes habituels de

(1) Ferréol, *Gazette médicale*, septembre 1856.

(2) Danner, *De l'état actuel de nos connaissances sur la maladie bronzée d'Addison* (*Archives générales de médecine*, 1857, 5e série, t. IX, p. 34).

(3) Hecht, *Société méd. allemande*, 1857. Voy. *Gaz. hebdom.*, 1858, p. 82.

(4) Martineau, *De la maladie d'Addison*, thèse inaug. Paris, 1864.

l'anémie se montrent. On avait pensé d'abord que l'amaigrissement ne survenait pas, et que cette cachexie offrait ce caractère particulier d'altérer profondément l'économie sans amener l'émaciation. Cette observation n'est pas toujours juste. Elle ne saurait l'être lorsqu'il s'agit d'un malade phthisique ou de toute autre personne atteinte d'une maladie organique, telle qu'un cancer de l'estomac, par exemple. D'ailleurs, la marche plus ou moins rapide de l'affection influe nécessairement sur le plus ou moins de rapidité de l'émaciation. Certains malades éprouvent une céphalalgie intense, et nul doute que la névralgie ne puisse venir compliquer cet état d'anémie. Jusque-là on comprend que le caractère essentiel de la maladie échappe au médecin, mais il ne saurait plus en être ainsi dès qu'apparaît le signe caractéristique, nécessaire, qui est la coloration bronzée. Parmi les auteurs, les uns ont d'abord pensé, à première vue, que les malades étaient des gens de sang mêlé, ou des Indiens, tant était intense et diffuse cette coloration dont nous allons décrire le siége le plus habituel. C'est ordinairement à la face, au cou, aux aisselles, aux mains, au scrotum, autour de l'ombilic, que se montre cette coloration. Elle est quelquefois brune, couleur de terre (sépia) ; d'autres fois couleur de bronze, de vert-de-gris, parfois plus noire et presque semblable à une tache d'encre. Lorsque cette coloration est diffuse, généralisée, peu intense, on peut la méconnaître ; il n'en est pas de même lorsqu'elle est disposée par plaques sur le front, autour des lèvres, aux mains, et forme sur la muqueuse des lèvres de petites taches noirâtres caractéristiques. Quoique l'étude anatomique de ces taches ne soit pas encore complétement achevée, cependant on peut affirmer qu'elles sont dues non à du sang épanché, ni à des parasites cutanés, mais au pigment, élément normal, sécrété en trop grande abondance et déposé dans la peau. On a trouvé une fois des dépôts analogues dans le péritoine. Ce signe a donc une valeur pathognomonique considérable, et l'on peut dire qu'il constitue presque à lui seul la sémiologie de cette affection ; en effet, on ne le rencontre dans aucun autre cas.

§ III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Les malades semblent, à partir du moment où la coloration bronzée apparaît, être voués à une mort certaine, Si jusque-là la maladie a marché lentement, sans fièvre, et n'a été caractérisée que par un affaiblissement graduel et des troubles gastriques, il n'en est pas de même dans les derniers temps, et les malades tombent dans le marasme. Cependant la terminaison de la maladie n'a pas toujours lieu lentement, elle est parfois brusque, inattendue, comme subite, et sans qu'on puisse comprendre le mécanisme de la mort. On a noté en plusieurs circonstances des troubles cérébraux, des syncopes, et une fois une apoplexie. Si l'on rapproche ces cas de ceux où les animaux mis en expérience par les physiologistes sont morts subitement, on sera tenté de croire que la mort ne résulte pas seulement du progrès de la cachexie et de la perte totale des forces, comme cela a lieu dans la fièvre hectique, ou de quelque complication, mais qu'il existe dans la maladie une cause de mort rapide qui n'a pu être saisie jusqu'ici par les observateurs. La durée de la maladie a été, dans le plus grand nombre des cas, de plusieurs mois, souvent de cinq à six mois; une fois elle a duré vingt-deux mois, une autre fois elle n'a duré que deux mois.

§ IV. — Anatomie pathologique.

Dans la plupart des cas de peau bronzée observés jusqu'ici, les capsules surrénales ont été trouvées malades, et dans quelques cas elles étaient seules malades, aucun autre organe ne présentant de lésion. Ces altérations des capsules surrénales sont très-diverses, et c'est là, ainsi que le fait très-judicieusement observer Danner, un fait digne d'intérêt, en ce qu'il tend à prouver que les états cachectiques, qu'on se représente en général comme ayant leur point de départ dans des altérations organiques de nature identique, mais de siége variable, peuvent encore succéder à des désordres variables quant à leur nature, mais surtout quant à leur siége. Le plus souvent les capsules sont augmentées de volume et contiennent des dépôts d'apparence tuberculeuse, soit que ces dépôts forment une masse compacte ayant une consistance de tubercule cru, soit qu'il y ait un grand nombre de petits noyaux disséminés. Plusieurs fois de véritables collections purulentes ont été trouvées dans les capsules; d'autres fois on y a vu une sorte de ramollissement et de désorganisation de la substance centrale ou médullaire. On a noté également des dépôts d'apparence cancéreuse, et souvent l'existence de corps amorphes d'apparence fibrineuse, contenant une grande quantité d'éléments graisseux et des sels calcaires. Ainsi, ce n'est pas la nature, c'est le siége de la lésion qui est cause de la maladie bronzée.

Cependant il ne faudrait pas considérer la lésion des capsules surrénales comme une condition absolue du développement de la maladie d'Addison. Plusieurs fois il est arrivé qu'on a trouvé ces organes complétement sains; et, même dans un cas, il y avait absence des capsules, et en même temps intégrité de tous les autres organes. Ce sont là des faits exceptionnels, il faut l'avouer; mais ils n'en ont pas moins une valeur très-grande, et fournissent un puissant argument aux auteurs qui refusent de voir dans l'altération des capsules la cause de la maladie bronzée, et qui considèrent cette dernière comme une névrose.

§ V. — Diagnostic, pronostic, traitement.

On ne confondra pas la maladie d'Addison avec la *teinte bronzée* qui résulte de l'usage intérieur du *nitrate d'argent* (1).

Il est plus difficile de la distinguer de la *mélanémie*, et quelques auteurs ont même fait cette confusion. Pourtant, si l'on considère que la mélanémie reconnaît toujours pour cause une fièvre intermittente antérieure, que dans cette maladie le sang est altéré et qu'on y trouve des corpuscules pigmentaires, que la coloration, au lieu d'être bronzée, est brun grisâtre, que cette coloration, uniformément répandue sur le tégument externe, ne se montre jamais sur les muqueuses, etc., on arrivera le plus souvent à établir le diagnostic de ces deux maladies.

Jusqu'à présent tous les malades chez lesquels la peau bronzée a été observée avec tous les caractères que nous avons décrits ont succombé. Néanmoins, comme les observations sont peu nombreuses, souvent incomplètes, et que le diagnostic a souvent été fait le scalpel en main, il est sage de ne pas affirmer que le pronostic de cette maladie soit nécessairement mortel. L'avenir élucidera cette question. Le traitement n'a point encore été formulé.]

(1) Voyez tome V, MALADIES DE LA PEAU.

LIVRE TROISIÈME

NÉVROSES.

[Les maladies désignées sous ce nom sont entièrement inconnues dans leur essence, et cependant il est difficile de se les représenter autrement que comme des maladies générales ou de toute la constitution. On ne peut, en aucune façon, les regarder comme le résultat d'une viciation des humeurs, d'une altération quelconque de la trame des tissus ; mais il faut, en dernière analyse, les considérer comme le résultat d'une perturbation de l'état statique et dynamique des fonctions nerveuses, et c'est à ce titre qu'elles prennent naturellement place dans le cadre nosologique, à côté des maladies générales.

Ces considérations nous ont déterminé à placer la grande classe des névroses, à la suite des maladies constitutionnelles et comme introduction à l'étude des maladies locales ; les névroses seront donc la transition naturelle entre les premières et les secondes, et ce lien paraîtra d'autant plus simple, que le livre suivant sera consacré aux maladies des centres nerveux.

Nous ne présenterons aucune considération générale sur les névroses, puisque Valleix lui-même n'a pas jugé à propos de le faire, mais nous nous séparerons de lui dans la classification qu'il avait adoptée, et qui, pour être légitime au point de vue de la nosologie, ne l'est pas au point de vue de la pratique ; en effet, elle ne sert ni au diagnostic, ni à la thérapeutique : à notre sens, le diagnostic s'établit surtout par la considération des symptômes dominants, et dès lors, il est bien plus utile de classer les névroses à l'aide de ce point de départ que d'après toute autre considération. Cette manière de voir nous est d'ailleurs commune avec plusieurs auteurs. Nous suivrons à peu près l'ordre qu'Andral avait adopté dans ses cours, qu'Axenfeld a introduit dans son livre (1).

CLASSIFICATION DES NÉVROSES.

Un fait capital domine toute la classification des névroses. Quel que soit le groupe que nous ayons à étudier, on y retrouvera toujours des désordres du système nerveux qui peuvent se ranger sous le titre de : Exaltation, diminution ou abolition, perversion. Ce sont des états morbides essentiellement différents, mais si nettement caractérisés, qu'ils ne sauraient échapper à l'attention du praticien, et que la prédominance de l'un deux imprime à toute l'affection un cachet spécial qu'il importe de ne pas méconnaître.

I. Les *névroses de l'intelligence*, les vésanies proprement dites, comprenant tous les délires chroniques :

a. *Avec exaltation.* Manies, délires partiels avec prédominance d'idées orgueilleuses, ambitieuses, etc.

b. *Avec diminution ou abolition.* Mélancolies, délires partiels avec prédomi-

(1) Axenfeld, *Des névroses*. Paris, 1863.

nance d'idées tristes, délires de persécutions ; hypochondrie, démence, idiotie, imbécillité, crétinisme.

c. *Avec perversion*, *impulsions irrésistibles*, *perte du sens moral.* Fous, voleurs, incendiaires, suicides, homicides, folie lucide.

II. *Névroses de la sensibilité.* — a. Avec exaltation ou perversion.

1° *Hyperesthésies* des nerfs sensitifs de la vie de relation (névralgies).

2° *Hyperesthésies* des nerfs sensoriels.

3° *Hyperesthésie* des nerfs sensitifs de la vie organique (viscéralgies).

b. Avec diminution ou abolition de la sensibilité générale ou spéciale (anesthésies).

III. *Névroses de la motilité.* — a. Avec exaltation. Hypercinèses : augmentation morbide de l'activité musculaire. Convulsions, contractures, spasmes, etc.

b. Avec diminution ou abolition de la motilité. Acinèses, paralysies générales ou partielles.

IV. *Névroses générales et complexes*, comprenant les grands troubles de tout le système nerveux auxquels participent à la fois l'intelligence, la sensibilité, la motilité, tantôt compromises simultanément, tantôt troublées isolément. Le caractère dominant de ces névroses, c'est leur mobilité même, et aussi leur constitutionnalité. Quel que soit le symptôme, qu'il apparaisse en quelque sorte isolé, ou que mêlé à d'autres manifestations il soit moins nettement circonscrit, il est toujours facile de le rapporter à un état général particulier qui dans son acception la plus large, a reçu de Bouchut le nom de *nervosisme*, état nerveux, et qui, dans une délimitation plus précise deviendra l'hystérie, type complet de toutes les aberrations du système nerveux, auquel se rattachent par une filiation légitime, la catalepsie, l'extase, le somnambulisme. Dans cette classe, nous trouverons encore la chorée, l'éclampsie, l'épilepsie. L'ataxie locomotrice doit être rapprochée de ce groupe, non pas que sa place y doive être définitivement marquée, mais l'anatomie pathologique n'ayant pas encore dit son dernier mot, il nous semble utile de ne pas séparer des névroses une affection dans laquelle les troubles de la sensibilité et de la motilité sont les phénomènes dont on doit avant tout tenir compte.

CHAPITRE PREMIER.

NÉVROSES DE L'INTELLIGENCE, DES FACULTÉS MORALES ET AFFECTIVES.

Nous consacrerons ce chapitre à l'étude des *vésanies*, et nous décrirons les différentes formes sous lesquelles peut se présenter la folie : *manies*, *mélancolies*, *délires partiels*, *démences ;* l'*idiotie*, l'*imbécillité* et le *crétinisme*, auront leur place à part. Nous serons, par la nature même de notre sujet, obligé de rapprocher de cette description l'étude des délires dus soit à des intoxications, soit à des états particuliers de l'organisme. Si ce rapprochement n'est pas à l'abri de tout reproche, il nous paraît du moins avoir l'incontestable avantage de ne point séparer des faits identiques dans leur expression symptomatique.]

ARTICLE PREMIER.

FOLIE.

Les anciens nous ont laissé peu de chose sur la folie; si le rôle du cerveau fut nettement caractérisé par eux, l'interprétation des troubles de l'intelligence se ressentit longtemps de l'influence des théories humorales. La bile, l'atrabile, déviées dans leur cours, portant leur action fâcheuse vers « les parties supérieures », furent longtemps les agents directs sous l'action desquels se manifestaient la manie et la mélancolie. Tout était juste, excepté l'explication des phénomènes ; et l'exposé des symptômes, la part qui revient aux causes morales, à la plupart des causes physiques même, ne serait pas désavoué de nos jours. Hippocrate recueillit le premier l'opinion de ses devanciers, il la reproduisit dans son traité de la nature de l'homme, dans la description de la maladie sacrée. Soranus s'en éloigne, et, véritable précurseur de la doctrine de l'excitabilité, il attribue la folie à un défaut ou à une exagération dans l'action des forces vitales. Arétée de Cappadoce (1) est plus précis ; le premier, il distingue la manie et la mélancolie, il en trace un tableau fidèle, signale les formes diverses que peut présenter l'état mélancolique, et avec une justesse de vues que l'observation moderne a consacrées, il reconnaît la possibilité, la fréquence même de la succession des deux états, mélancolique et maniaque. Cælius Aurelianus (2) conserve cette tradition, localise les causes de la mélancolie dans l'estomac affecté ; les causes de la manie résident principalement dans la tête. La frénésie est de sa part l'objet d'une curieuse étude, où nous retrouvons bien des caractères assignés au délire aigu. Ces recherches, ces descriptions font autorité dans les siècles suivants, et les médecins s'en écartent peu. Galien, Celse surtout les développent, et la thérapeutique est soigneusement étudiée par eux. Nous ne pouvons citer tous les noms, ces recherches historiques nous entraîneraient trop loin (3). Ce n'est guère que vers la fin du siècle dernier que des travaux vraiment utiles et conçus dans un esprit pratique, parurent sur les aliénations mentales. Perfect (4), Greding (5), Chiarugi (6), Crichton (7), Haslam (8), préparèrent la période moderne qui commence à Daquin. Pinel (9) vint enfin présenter un traité dogmatique sur cette partie des sciences médicales. De lui date une ère nouvelle dans l'histoire de la folie. Les travaux d'Esquirol (10) fixent une classification qui, si elle n'est pas irréprochable, a du moins rendu de grands, d'incontestables services. Tout ce qui viendra plus tard compléter ces premières recherches modernes peut être considéré comme le développement de la pensée du maître.

(1) Arétée, *De caus. et sign.*, lib. I, cap. v.
(2) Cælius Aurelianus, *De morbis acutis*, lib. I, cap. I, III, XI, XV.
(3) Ulysse Trélat, *Recherches historiques sur la folie*. Paris, 1839.
(4) Perfect, *Select cases in the different species of insanity*. London, 1787.
(5) Greding, *Sammtliche medicinische Schriften*. Gratz, 1790.
(6) Chiarugi, *Della pazzia in genere*. Florence, 1793.
(7) Crichton, *Inquiries into the nature and origin of mental derangement*, etc. London, 1798.
(8) Haslam, *Observ. on insanity*. London, 1798.
(9) Pinel, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris, 1809.
(10) Esquirol, *Des maladies mentales*. Paris, 1838, 2 vol. in-8, fig.

Nous signalerons entre tant d'autres, Georget (1), Leuret (2), Broussais (3), Foville (4), Calmeil (5), Falret (6), Lélut (7), Parchappe (8), Trélat (9), Brierre de Boismont (10), Baillarger (11), Morel (12), [Moreau (13), Marcé (14), Dagonet (15), en France. L'Angleterre et l'Allemagne ne sont pas moins bien dotées, et de nombreuses monographies, de sérieuses études, viennent chaque année apporter de nouvelles lumières dans cette branche importante des connaissances médicales.

De nombreuses classifications ont été proposées pour l'étude des aliénations mentales. Il ne saurait entrer dans le plan de cet ouvrage de les passer en revue. Nous laisserons de côté celles qui en multipliant les formes à l'excès auraient l'inconvénient de présenter un cadre trop vaste et d'égarer peut-être le praticien : sans vouloir les considérer comme répondant à tous les besoins de la science, nous pensons que la classification d'Esquirol, celle plus récente de Baillarger, sont aujourd'hui les meilleurs guides dans des études élémentaires.]

Esquirol avait ramené toutes les formes de la folie à cinq genres : 1° la lypémanie, 2° la monomanie, 3° la manie, 4° la démence, 5° l'idiotie. Georget ajoutait à cette classification la démence aiguë. [Guislain, auteur estimé d'un traité sur les phréno-

(1) Georget, *De la physiologie du système nerveux et spécialement du cerveau*; recherches sur les maladies nerveuses en général, et en particulier sur le siége, la nature et le traitement de l'hystérie, de l'hypochondrie, de l'épilepsie et de l'asthme convulsif. Paris, 1821. — *Dictionnaire de médecine*, Paris, 1836, t. XIII, art. FOLIE.

(2) Leuret, *Du traitement moral de la folie*. Paris, 1840, in-8. — *Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie*. Paris, 1846, in-8. — *Fragments psychologiques sur la folie*. Paris, 1834, in-8. — *Mémoires de l'Académie de médecine*, t. VII, p. 552, t. IX, p. 655.

(3) Broussais, *De l'irritation et de la folie*.

(4) Foville, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. ALIÉNATION MENTALE.

(5) Calmeil, *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire*. Paris, 1845. — *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. Paris, 1859, 2 vol. in-8. — *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1866.

(6) J. P. Falret, *Du suicide et de l'hypochondrie*. Paris, 1822. — *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés : leçons cliniques et considérations générales*. Paris, 1864.

(7) Lélut, *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale*. Paris, 1836. — *Le démon de Socrate*, 2e édit. Paris, 1856, in-18. — *L'amulette de Pascal, pour servir à l'histoire des hallucinations*. Paris, 1846.

(8) Parchappe, *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*. Paris, 1838. — *Traité théorique et pratique de la folie*. Paris, 1841, in-8.

(9) Trélat, *Recherches historiques sur la folie*. Paris, 1839. — *La folie lucide*. Paris, 1861.

(10) Brierre de Boismont, *Des hallucinations*, 3e édit. Paris, 1862, in-8. — *Du délire aigu observé dans les établissements d'aliénés, et de l'emploi des bains prolongés et des irrigations continues dans le traitement des formes aiguës de la folie* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1845, t. XI, p. 477, t. XIII, p. 537).

(11) Baillarger, *Des hallucinations* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1846, t. XII, p. 273 à 516). — *Recherches sur le système nerveux*. Paris, 1847.

(12) B. A. Morel, *Études cliniques sur les maladies mentales*. Nancy, 1851-1853, 2 vol. — *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris, 1857, in-8, et atlas. — *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860.

(13) Moreau (de Tours), *Du hachisch et de l'aliénation mentale*, 1845. — *La psychologie morbide*. Paris, 1859.

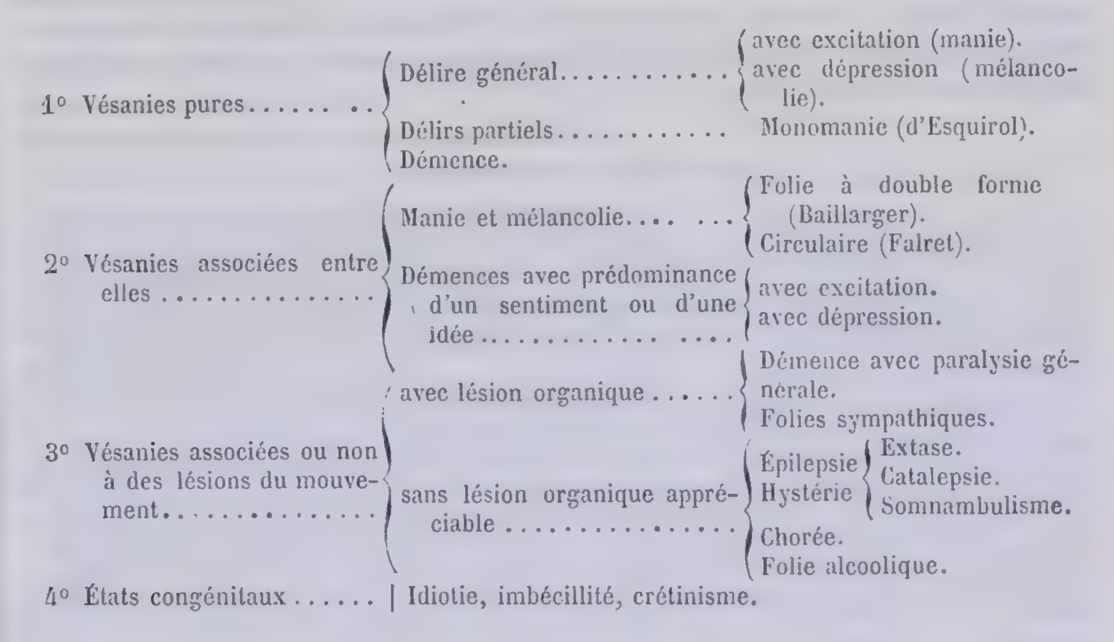
(14) Marcé, *Traité des maladies mentales*. Paris, 1862. — *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices, et considérations médico-légales qui se rattachent à ce sujet*. Paris, 1858.

(15) Dagonet, *Traité élémentaire et pratique des maladies mentales*. Paris, 1862, in-8.

pathies, adopte, à peu de chose près, la même classification. Nous la reproduisons sans vouloir la critiquer plus que la précédente ; il distingue six formes élémentaires :

1° La mélancolie ou phrénalgie ; 2° l'extase ou phrénoplexie ; 3° la manie, hyperphrénie ; 4° la folie proprement dite, paraphrénie, anomalie de la volonté ; 5° délire, idéophrénie ; anomalies dans les idées ; 6° démence, aphrénie, déchéance, oblitération des actes moraux et intellectuels.

La classification à laquelle nous nous arrêterons, et qui nous semble le mieux répondre aux formes diverses des aliénations mentales, est la suivante à laquelle Ferrus, Parchappe, Marcé, Baillarger, se sont ralliés, sauf quelques variantes pour chacun de ces auteurs.



1° Vésanies pures	Délire général	avec excitation (manie). avec dépression (mélancolie).
	Délirs partiels	Monomanie (d'Esquirol).
	Démence.	
2° Vésanies associées entre elles	Manie et mélancolie	Folie à double forme (Baillarger). Circulaire (Falret).
	Démences avec prédominance d'un sentiment ou d'une idée	avec excitation. avec dépression.
3° Vésanies associées ou non à des lésions du mouvement	avec lésion organique	Démence avec paralysie générale. Folies sympathiques.
	sans lésion organique appréciable	Épilepsie, Hystérie : Extase. Catalepsie. Somnambulisme. Chorée. Folie alcoolique.
4° États congénitaux	Idiotie, imbécillité, crétinisme.	

A ces formes nous croyons devoir en ajouter deux autres qui, bien qu'elles puissent rentrer dans l'un ou l'autre des genres que nous avons admis, si l'on ne tenait compte que de leur symptomatologie générale, n'en ont pas moins une physionomie spéciale qui permet de les étudier à part, ce sont : la folie puerpérale et la folie pellagreuse.

Nous ne croyons pas devoir nous astreindre à suivre scrupuleusement l'ordre que nous indiquons dans cette classification. Nous ne dirons rien ici de la folie hystérique, de l'état mental dans la chorée, de la folie épileptique ; la catalepsie trouvera plus tard aussi sa place ; nous avons pensé qu'il n'y avait aucun avantage à scinder l'étude de ces névroses complexes dont l'importance impose une description détaillée. On retrouvera donc aux articles consacrés à l'HYSTÉRIE, à la CHORÉE, à l'ÉPILEPSIE, ce qui manque ici, non pas par oubli, mais avec l'intention arrêtée de ne pas multiplier inutilement les divisions.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La folie ne peut guère se définir d'une manière exacte : elle est caractérisée par un trouble général ou partiel dans l'exercice des facultés primitives, intelligence,

sensibilité et volonté, avec lésions matérielles du cerveau, qu'elles soient appréciables ou non à nos moyens actuels d'investigation.

Cette définition nous éloigne des opinions d'Heinroth, exagération d'ailleurs de l'idée stahlienne, dans laquelle la folie relève de la psychologie pure ; de l'idée de Leuret, pour lequel l'aliéné est un homme qui se trompe, et nous rattache à l'école anatomo-pathologique, dont Georget, Baillarger, Parchappe, Ferrus, J. P. Falret, Jacobi, sont les représentants.]

Il serait difficile de donner d'une manière même approximative le degré de fréquence de cette affection. Si aujourd'hui le nombre des aliénés paraît augmenter, c'est, selon toutes les probabilités, d'une part, parce qu'on connaît mieux les formes de la folie, et, de l'autre, parce que les établissements où l'on traite ce genre de maladie se sont multipliés. Suivant Brierre de Boismont et plusieurs autres auteurs, il y aurait un accroissement réel dû aux progrès de la civilisation ; mais le fait est loin d'être prouvé.

§ II. — Causes.

[1° *Causes prédisposantes.* — S'il est des cas dans lesquels l'influence de la cause peut être facilement et nettement établie, il y en a un bien plus grand nombre dans lesquels il est presque impossible d'arriver à la certitude absolue, d'isoler ce qui appartient à chacune des causes en particulier. Elles se groupent, se réunissent, pour concourir à un même résultat : celle dont l'influence est depuis longtemps établie, et sur laquelle de nombreuses recherches ont été faites, c'est l'*hérédité* (1), et bien que les résultats des statistiques diffèrent suivant les pays, suivant même le milieu social sur lequel on opère, on n'en est pas moins arrivé à des appréciations qui ne doivent guère s'éloigner de la vérité. La folie héréditaire est estimée par Esquirol à 1/4 dans la classe pauvre, aux 3/5es chez les riches. Parchappe donne 1/7e, Moreau, 9/10es. La proportion d'un tiers est celle qui nous paraît se rapprocher le plus de la vérité. Les travaux de Baillarger ont démontré ce fait, que l'hérédité du côté maternel était plus redoutable que du côté paternel : « il a calculé sur une statistique de 453 faits d'hérédité, que l'influence maternelle prédominait dans les deux tiers des cas ; 271 fois la folie provenait du côté de la mère, et du côté du père 182 fois » (2). Les filles y sont plus fatalement assujetties encore que les garçons.

(1) P. Lucas, *Traité philosophique et physiologique de l'hérédité naturelle dans les états de santé et de maladie du système nerveux*, avec l'application méthodique des lois de la procréation au traitement général des affections dont elle est le principe. Ouvrage où la question est considérée dans ses rapports avec les lois primordiales, les théories de la génération, les causes déterminantes de la sexualité, les modifications acquises de la nature originelle des êtres, et les diverses formes de névropathie et d'aliénation mentale. Paris, 1847, 1850, 2 vol. in-8. — Baillarger, *Recherches sur l'hérédité de la folie*, lu à l'Académie de médecine, séance du 2 avril 1844 (*Annales médico-psycholog.*, 1844). — Morel, *Traité des maladies mentales*. Paris, 1860, p. 114. *Des caractères de l'hérédité dans les maladies nerveuses* (*Archives génér. de médecine*, septembre 1859. — Griesinger, *Traité des maladies mentales pathologie et thérapeutique*, trad. de l'allemand par le docteur Doumic. Paris, 1865, p. 179. — Chomel, *Éléments de pathologie générale*, 5e édit. Paris, 1863. — Monneret, *Traité de pathologie générale*. Paris, 1857. — Albert Mitivié, *Quelques mots sur l'hérédité morbide* thèse de Paris, 1861.

(2) Marcé, *Traité des maladies mentales*. Paris, 1862, p. 103.

Sexe. — C'est une opinion très-généralement répandue que la folie est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. En réunissant les statistiques fournies par Esquirol, Parchappe, Guislain, Leuret, Ferrus, etc., etc., les auteurs du *Compendium* (1) sont arrivés aux chiffres suivants : sur 60 318 aliénés, se trouvent 31 580 hommes et 28 738 femmes. D'après ces chiffres, il faut reconnaître avec Parchappe (2), que rien ne prouve que les femmes soient plus exposées à la folie que les hommes, et il faut en outre ajouter avec cet auteur, que le rapport de la fréquence entre les deux sexes varie d'un pays et même d'une localité à l'autre.

Age. — Relativement au nombre des aliénés, le maximum d'admission dans le établissements destinés à les traiter se rapporte à la période de trente à trente-neuf ans. Quant à l'âge relativement à la population, Esquirol et Leuret, d'après un relevé de 12 869 aliénés, sont arrivés aux conclusions suivantes : « Plus l'homme avance dans la vie, plus il est exposé à a perte de la raison, mais avec des chances différentes relativement aux âges. » C'est donc surtout pour les dernières périodes de la vie que la proportion est considérable.

Tempérament. — Rien n'est plus vague que ce que nous ont laissé les auteurs à cet égard : nous nous abstiendrons d'en parler.

État civil. — Desportes (3) avait depuis longtemps attiré l'attention sur ce point, quand Parchappe, recueillant de nouveaux documents, trouva que le célibat et le veuvage peuvent être considérés comme une prédisposition à la folie dans les deux sexes.

L'influence des *professions* nous est peu connue : il n'en est pas de même des *saisons :* tous les relevés s'accordent pour établir que la fréquence de la folie est en raison directe de l'élévation de la température. Les *climats*, les *mœurs*, la *civilisation*, ont sans doute une part plus ou moins grande dans le développement de cette maladie.

On a recherché dans certains *états physiologiques* ou *pathologiques* une prédisposition à la folie. Signalons l'établissement de la menstruation, la dentition, un caractère violent, l'épilepsie, un premier cas de folie, etc., etc.

a. *Causes physiques.* — Les infractions aux lois de l'hygiène, l'exposition à un soleil brûlant, l'abus des boissons alcooliques, les fatigues excessives, les inflammations encéphaliques, les coups sur la tête, les désordres menstruels, l'état puerpéral, les inflammations gastro-intestinales, les fièvres graves, les vers intestinaux, la syphilis, une maladie de la peau (4), les pertes séminales involontaires (5), etc., etc., ont été, avec plus ou moins de probabilité, considérés comme pouvant donner ieu à la folie.

b. *Causes morales.* — Les causes morales sont sans contredit les plus nombreuses, et leur action paraît plus ou moins importante selon l'idée qu'on se fait de la nature des aberrations de l'esprit. Elles comprennent tout ce qui agit sur les facultés intellectuelles et affectives : la misère, le chagrin, la honte, l'ambition, la peur, l'amour contrarié, etc., etc. Pour en déterminer le degré d'importance, Parchappe les

(1) Monneret et Fleury, *Compendium de médecine pratique*, art. FOLIE, t. IV, p. 200.

(2) Parchappe, *Rech. statist. sur les causes de l'aliénation mentale*, 1839. — Baillarger, *Recherches statistiques sur l'hérédité de la folie* (*Bull. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1847, t. XII, p. 760 et suiv.).

(3) Desportes, *Rapport sur le service des aliénés*. Paris, 1823.

(4) Blanc, *Journ. des connaiss. méd.-chirurg.*, 16 octobre 1851.

(5) Lisle, *Comptes rendus de l'Acad. de médecine*, mars 1851.

opposant à toutes les autres causes déterminantes réunies, a donné le rapport suivant : sur 385 aliénés, 243 causes morales (63 sur 100), 142 causes de toute nature (37 sur 100).

§ III. — Symptômes.

L'étude de la folie doit porter avant tout sur les troubles des sentiments et des idées. Ce sont là les lésions élémentaires qui, dans la symptomatologie générale de l'affection, se divisent en groupes bien distincts. Tantôt isolés, tantôt et le plus souvent associés, ces désordres peuvent être considérés : 1° comme lésions primitives; 2° comme lésions consécutives; 3° comme lésions terminales. Elles sont aussi générales ou partielles.

Dans le premier groupe nous rangeons les *conceptions délirantes*, les *impulsions irrésistibles*, les *hallucinations*.

Conceptions délirantes. — Elles sont aussi nombreuses que peuvent l'être les différentes formules de la pensée humaine. Ce qui les caractérise d'une manière absolue, c'est à la fois leur fixité et leur extravagance même. Le malade qui les présente n'a pas conscience de la distance qui le sépare des autres hommes, ses semblables. L'idée qu'il développe n'est pas seulement une erreur, elle est quelque chose de plus, sur quoi le raisonnement et la discussion n'ont aucune prise, il est convaincu ; et les déterminations les plus bizarres, en rapport d'ailleurs avec l'idée dominante, en sont le résultat nécessaire. L'aliéné qui s'affuble d'une couronne, drape orgueilleusement ses haillons et se proclame roi, empereur ou messie, a des conceptions délirantes de grandeurs. Celui qui se croit transformé, qui craint pour sa personne et fait à chaque instant des gestes cabalistiques pour éloigner d'imaginaires influences, celui qui se condamne au supplice de la faim, parce que son pharynx est bouché, ou parce que l'intestin ne doit plus accomplir les fonctions digestives, ont des conceptions délirantes. Les idées délirantes de substitution sont assez communes aussi, elles portent tantôt sur l'identité même de l'aliéné, tantôt sur l'identité des personnes qui l'approchent.] Foville a publié l'observation d'un ancien militaire qui se disait mort à l'armée depuis fort longtemps. Un malade dont parle Aétius se croyait également mort, et pour cette raison il ne voulait prendre aucune nourriture : un autre homme fit le mort ; on le mit à table, et il mangea. Le malade suivit son exemple. Nous nous contenterons de ces citations.

[Les *impulsions irrésistibles* sont de véritables mouvements instinctifs, involontaires, dans lesquels l'aliéné est fatalement entraîné dans une voie mauvaise, où ses actes irréfléchis sont tout à coup gravement compromettants pour son entourage, pour lui-même. Les accès de folie homicide, d'un bon nombre de folies suicides, les dypsomanies, la tendance au vol, à l'incendie, chez certains aliénés, sont le résultat d'impulsions parfois bien difficiles à préciser, et qu'on n'accepte pas volontiers. Rien cependant n'est plus net comme symptôme : on le constate surtout avec facilité dans les cas de délire mélancolique, où surgissent tout à coup les plus vives terreurs chez les malades qui prononcent un mot, profèrent un son, sans que rien ait pu les en empêcher. Ce qui les différencie de la conception délirante, c'est que le malade a parfaitement conscience de l'acte qu'il vient d'accomplir, souvent le déplore et se lamente de n'avoir pas pu agir d'une autre façon. Rarement l'impulsion irrésis-

tible existe seule, le plus souvent elle s'associe aux hallucinations ou aux conceptions délirantes elles-mêmes. C'est un des phénomènes les plus importants à étudier ; de même que les hallucinations, il rend compte d'une foule d'actes dont l'explication serait en vain cherchée.

Les *hallucinations* ont, comme symptôme, une importance telle, que nous devons en donner une description détaillée. La discussion du phénomène, son mode de production, son interprétation, ont donné lieu à de nombreux travaux. Parmi les médecins qui se sont le plus distingués dans cette étude, nous citerons : Lélut, Brierre de Boismont, Baillarger, Moreau (de Tours), Michéa, etc. (1).

L'hallucination peut être définie, l'exercice involontaire, spontané, des sens, en dehors de toute excitation prochaine ou éloignée du sens vers lequel elle se manifeste. Elle est plus fréquente pour certains d'entre eux que pour d'autres. C'est ainsi que les hallucinations de l'ouïe sont les plus communes, puis viennent celles de la vue, celles de l'odorat, du toucher et du goût. Rarement elles existent isolées, elles sont le plus ordinairement associées à d'autres troubles psychiques. On les a divisées en *hallucinations psychologiques*, en hallucinations *psycho-sensorielles*, en hallucinations *psychiques*, nous les examinerons successivement, mais auparavant déterminons leur mode de production, leur nature.

Quel que soit le sens qu'elles affectent, les hallucinations supposent l'exercice involontaire tout spontané de la mémoire et de l'imagination. La doctrine qui les rattache à l'automatisme des facultés intellectuelles est celle qui rallie le plus de partisans. Soutenue par Baillarger, elle a succédé à la doctrine de la transformation de l'idée en sensation, et elle semble le mieux répondre à l'interprétation exacte du phénomène. Lélut avait dit que l'hallucination était le couronnement de l'idée fixe. Baillarger a généralisé le fait, en démontrant que si le sens entre en exercice indépendamment de toute excitation extérieure, les éléments de la perception fausse doivent être recherchés dans l'exercice automatique de la mémoire qui fournit les données, de l'imagination qui les développe, les associe et crée comme conséquence ces convictions si profondes, si difficilement éloignées chez la plupart des aliénés. Les hallucinations ne se présentent pas toujours avec le même caractère. Tantôt elles sont fugaces, naissent sous l'influence de conditions physiologiques spéciales : elles sont dites alors *hallucinations physiologiques*. Brierre de Boismont est, en France, un de ceux qui les ont le mieux déterminées. Quelques personnes peuvent les faire naître à volonté, et d'autant plus facilement qu'elles se trouvent dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil. Certains agents, tels que le hachisch, les solanées vireuses ; pour quelques personnes, les excitants, tels que le café, le thé, les alcooliques, les développent rapidement ; mais pour ce genre d'hallucinations, un effort d'attention suffit à les faire disparaître, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas eu d'intoxication complète. Il suffit, dans ces cas, de fixer en quelque sorte l'image apparue, de prêter l'oreille, pour que l'hallucination s'efface. C'est dans tous les cas un phénomène morbide dont celui qui l'éprouve a conscience, auquel il n'accorde pas plus d'importance qu'il n'en saurait avoir, et dans lequel il ne puise pas les éléments de ses déterminations (2).

(1) Michéa, *Du délire des sensations*. Paris, 1848.
(2) Maury (de l'Institut), *Le sommeil, les rêves*. Paris, 1862, 1 vol.

L'hallucination *psycho-sensorielle* est plus complète que la précédente, en ce sens que son apparition échappe à l'influence de causes déterminantes nettement appréciables. Elle est plus persistante, elle devient le point de départ de déterminations déraisonnables, elle s'associe au délire dans le cours duquel elle apparaît, et qu'elle contribue à entretenir. L'aliéné ne la saurait faire cesser par un effort de son intelligence ; il prend pour vrai tout ce qu'elle lui donne, il s'entretient avec d'imaginaires interlocuteurs, il discute avec eux, et il y a plus d'un exemple dans lequel les voix ainsi entendues étaient en désaccord entre elles. La sensation rapportée à l'oreille droite diffère de celle rapportée à l'oreille gauche, et certains aliénés qu'on voit brusquement s'arrêter dans leur promenade, la tête penchée, l'oreille tendue, écoutent ainsi ce qu'ils appellent eux-mêmes « les voix »; d'autres fois il s'établit une sorte de lutte entre ce que veut le malade et ce que les voix lui ordonnent; c'est dans les délires mélancoliques que ce fait peut être souvent observé.

Les hallucinations *psychiques* n'ont plus pour caractère l'exercice involontaire d'un sens spécial. Tandis que pour les hallucinations psycho-sensorielles le malade rapporte à des impressions venues du dehors les fausses sensations qu'il accuse, pour les hallucinations psychiques il tire tout de son propre fonds. C'est de l'estomac, du foie, de l'intestin, du cœur, etc., que partent en rayonnant les voix qui lui parlent. Une formule toute particulière traduit ces hallucinations. C'est le langage à la muette, le langage d'âme à âme, disent les malades, et ils font une différence très-nette entre cette manière d'être en communication avec les invisibles et les autres voix qui parlent à leur oreille. Cette forme d'hallucination se pourrait presque caractériser par les mots de langage intérieur perçu par l'imagination, en dehors d'ailleurs de toute espèce d'excitation sensorielle. Elle existe parfois isolée, mais rarement; plus souvent, au contraire, associée à l'hallucination psycho-sensorielle.

Les *illusions*, qu'on a longtemps confondues avec les hallucinations, en diffèrent en ce sens que, dans l'hallucination il n'y a pas d'excitation directe d'un sens par un objet actuellement perçu, tandis que dans l'illusion, l'objet existe, seulement le malade le perçoit autrement qu'il n'est. C'est ainsi qu'un caillou devient un diamant, une perle; un buisson, un personnage mystérieux aux formes fantastiques; un léger bruit se transforme en éclatantes clameurs; les aventures du héros de Cervantes sont, pour la plupart, des types complets d'illusions.

Lésions générales. — Sous ce titre nous rangeons deux états différents dont on a voulu dans ces derniers temps exagérer l'importance en les considérant en quelque sorte comme caractérisant la forme tout entière, ce sont l'*excitation* et la *dépression.* Ces états ne sont rien autre que des manières d'être différentes du malade; elles appartiennent, il est vrai, plus spécialement, la première à la manie, la seconde à la mélancolie, mais on les retrouve aussi dans la démence, dans les délires partiels, dans la paralysie générale, et il n'est pas rare de les voir se succéder l'une à l'autre. L'abolition, ou, pour être plus exact, l'affaiblissement graduel, progressif des facultés intellectuelles, constitue la lésion terminale à laquelle on a donné le nom de *démence.* Nous aurons occasion d'insister sur ces lésions en décrivant les formes diverses de la folie.

Symptômes physiques. — S'il est vrai que chez bon nombre d'aliénés il n'y ait

rien à noter de particulier dans l'état physique, si la santé n'est en rien troublée, chez un grand nombre aussi se présentent des phénomènes remarquables, soit du côté de la circulation, soit du côté de la sensibilité, soit du côté de l'appareil locomoteur, soit enfin du côté de l'appareil digestif.]

L'état de la *circulation* a été noté par différents auteurs. Foville, en observant le pouls sur 62 malades pris au hasard, a trouvé pour moyenne 84 pulsations par minute. Leuret et Mitivié (1), après avoir compté le pouls pendant vingt-huit jours chez 89 aliénés, ont obtenu une moyenne de 82. Suivant eux, la fréquence du pouls varie dans les différentes espèces d'aliénation; mais dans celle où la fréquence leur a paru être le moins considérable, la moyenne a encore été de 76. Ils ont, en outre, trouvé une fréquence plus grande en été qu'en hiver, plus grande aussi chez les vieillards que chez les jeunes gens ou les adultes, et chez les malades maigres et faibles que chez les malades forts et robustes.

[Chez les mélancoliques, surtout dans les formes où la dépression est profonde, la *circulation* est singulièrement ralentie. Le pouls, petit et faible, bat à peine 60 pulsations; les extrémités sont froides et violacées; en hiver, elles deviennent e siége d'érythèmes qui passent facilement à l'ulcération. La peau du visage, celle des mains, reste froide, et l'élévation de la température n'active pas la circulation. Il en résulte un aspect particulier du malade qui parfois a de la bouffissure, un œdème passif des extrémités, parfois une teinte jaune rappelant celle des cachexies.

La *sensibilité* peut être exaltée, diminuée ou complétement abolie. Si l'exaltation est rare, l'anesthésie et l'analgésie sont bien plus communes, elles peuvent être à leur tour le point de départ de conceptions délirantes d'une invincible ténacité (2).

Aux troubles de la sensibilité vient s'ajouter l'*insomnie* dont la persistance varie avec les formes d'aliénation mentale. Dans les manies et dans les mélancolies aiguës, il n'est pas rare de voir des malades privés de sommeil pendant des mois entiers. Chez d'autres malades, c'est surtout vers le soir que s'accroissent les troubles; chez les alcoolisés, par exemple, les hallucinations terrifiantes s'exagèrent pendant la nuit, et le repos n'arrive que vers le matin. D'autres fois l'insomnie n'est que passagère; elle marque souvent le début de la folie.

La *physionomie* de l'aliéné reflète souvent les préoccupations qui assiégent l'esprit. Les traits du mélancolique expriment l'abattement, l'inquiétude; son attitude humble, suppliante ou craintive, ses gestes, sont en rapport avec la conception délirante triste qui enchaîne toutes ses facultés. Le maniaque a la physiononie mobile, les yeux brillants; il parle avec volubilité, les mots se pressent et forment d'incohérents assemblages; il ne reste pas en place, il prend des attitudes bizarres, etc. La démence simple, la démence paralytique, s'annoncent extérieurement par le défaut d'expression, par l'indifférence, par une démarche lente, etc.; l'aliéné, à quelque moment qu'on l'observe, est toujours à peu près le même. Nous aurons occasion de revenir sur ces symptômes généraux en décrivant chaque forme en particulier.

Les *fonctions digestives* varient elles-mêmes dans l'état d'excitation et dans l'état

(1) Leuret et Mitivié, *De la fréquence du pouls chez les aliénés*. Paris, 1832, in-8.
(2) L. V. Marcé, *Des altérations de la sensibilité*, thèse d'agrégation. 1860.

de dépression. Dans le premier, l'appétit est souvent exagéré, mais il est loin de l'être toujours, car on trouve des aliénés qui refusent systématiquement l'alimentation, l'acceptent et la refusent encore, sans donner de leur détermination des raisons acceptables. Les mélancoliques mangent peu, le tube digestif participe à lenteur des fonctions de tous les autres appareils ; souvent des constipations opiniâtres, souvent aussi d'incoercibles diarrhées : ces dernières arrivent dans les périodes avancées de l'affection, quand une longue durée du délire a amené dans l'état général une détérioration profonde.

Les troubles de la *menstruation* sont habituels dans toutes les formes aiguës, et il ne faudrait pas croire que la suppression des règles doive être considérée comme un symptôme fâcheux dans l'immense majorité des cas. On peut dire de la menstruation comme de toutes les autres fonctions, que si ces troubles coïncident avec la période aiguë, leur valeur sémiologique ne doit pas être exagérée, et qu'en général, ces désordres emportent d'emblée un pronostic moins grave que le rétablissement régulier, normal des fonctions, sans qu'une modification analogue se soit produite dans l'état mental. Il y a toujours lieu de craindre le passage à la chronicité quand l'état physique s'améliore tout d'un coup, et que l'intelligence reste troublée.

Ces considérations générales nous permettent de décrire maintenant les formes que nous avons admises. Nous ne pouvons que décrire ici les formes types, celles qui réclament l'intervention momentanée du médecin. Quant aux formes complexes dont la description nous entraînerait trop loin, nous renvoyons aux traités spéciaux.

ARTICLE II.

MANIE, MÉLANCOLIE, DÉLIRES PARTIELS.

1° **Manie.** — Délire général avec excitation. Elle se présente sous deux formes, la forme aiguë et la forme chronique.

a. *Manie aiguë.* — Elle débute tantôt brusquement, tantôt après avoir été précédée d'un état d'inquiétude et de malaise dont la durée varie de deux ou trois jours à une semaine et plus ; souvent des préoccupations tristes en marquent la première période ; souvent aussi elle s'annonce par une plus grande activité, un incessant besoin de mouvements, de la loquacité, de l'insomnie. Dans cette forme, toutes les fonctions cérébrales sont exagérées ; mémoire, imagination, facilité d'élocution, exaltation de la sensibilité, hallucinations même, tout se développe ; peu à peu les idées délirantes apparaissent, et ce qui constitue le caractère essentiel de la manie, c'est la rapidité et l'incohérence avec laquelle elles se succèdent : l'attention du maniaque ne saurait être fixée, elle ne s'arrête à rien. Un mot, un signe suffisent à faire naître une série d'idées aussitôt abandonnées qu'apparues : la physionomie du maniaque reflète cette mobilité ; elle est animée, l'œil est brillant, la parole rapide ; la voix, après deux ou trois jours d'excitation, devient rauque ; la bouche le plus souvent est sèche, non pas par suite d'un état de malaise général, mais bien à cause de la loquacité du malade.

La *circulation*, la *respiration* sont accélérées. L'*appétit* est perverti ; les aliments sont refusés un moment, gloutonnement acceptés quelques instants après ; la per-

sistance de l'agitation amène promptement l'amaigrissement, mais la constitution, dans les cas de manies simples, sans complication, ne s'altère pas pour cela. On ne saurait se faire une idée de l'indifférence de l'organisme à la plupart des causes qui dans d'autres conditions auraient de fâcheuses influences. La perte à peu près complète du *sommeil* n'amène pas la perte des forces, et les maniaques, après plusieurs mois passés dans une agitation presque continuelle, conservent la même énergie de résistance qu'au début de l'accès. Dans les manies qui éclatent chez des sujets tuberculeux, nous avons constaté déjà plusieurs fois que l'état du poumon ne s'aggravait pas pendant toute la durée de l'accès, mais dès que le calme revenait, la phthisie marchait avec une rapidité très-grande vers la terminaison fatale.

Les désordres, l'agitation, ne sont pas toujours au même degré pendant l'accès de manie : il se présente des périodes plus calmes, puis des *paroxysmes* allant jusqu'à la *fureur*. Poussés alors par une force aveugle, les malades, pendant quelques heures, brisent, déchirent tout ce qui tombe sous leurs mains, il n'y a rien autre chose à faire dans ces cas, que de les empêcher de se nuire à eux-mêmes et de nuire aux autres par l'emploi des moyens appropriés. Il est rare que les maniaques ne deviennent pas malpropres : c'est par insouciance, ou par calcul qu'ils en arrivent là, et non par la paralysie des sphincters.

La *durée moyenne* d'un accès de manie franche varie de cinq à huit mois. La convalescence s'annonce par le retour du sommeil, par une diminution dans l'excitation. Les malades commencent à s'asseoir, à rester quelques instants calmes dans le même endroit ; ils écoutent et répondent à peu près juste aux questions. Ils ne peuvent longtemps se contenir, mais du moins ils acceptent quelques échanges : deux ou trois jours se passent ainsi, puis l'agitation reparaît pendant quelque temps, pour décroître de nouveau, et peu à peu le calme se rétablit franchement ; l'appétit revient ; l'embonpoint qui coïncide avec cette période est toujours bon signe ; il en est de même du rétablissement de la menstruation quand elle a été supprimée complétement pendant les mois remplis par l'agitation maniaque. L'apparition de furoncles est aussi d'un bon augure.

b. La *manie chronique* ne se présente pas avec les mêmes caractères. Si l'*incohérence* dans les idées et dans les actes y persiste, si les *hallucinations* et les *illusions* s'y retrouvent toujours, les *conceptions délirantes* sont moins nombreuses, moins variées : le cercle du délire s'est rétréci, et c'est dans ce cercle restreint que se circonscrivent tous les troubles. C'est l'une des formes les plus communes, l'*excitation* en est le phénomène dominant ; l'exagération du sentiment de supériorité se traduisant par les idées orgueilleuses, en est l'un des caractères saillants ; c'est un état uniforme, dans lequel apparaissent, à des intervalles parfois réguliers, de véritables paroxysmes d'agitation. C'est alors ce qu'on appelle la *manie périodique*. Ces accès, qui ne durent que quelques jours, ramènent pour un moment l'aliéné au type de la manie aiguë ; mais dès qu'ils disparaissent, le délire reprend ses allures accoutumées, jusqu'au moment où, par la longue durée de la maladie et les progrès de l'âge, se révèle enfin la lésion terminale, le passage à la démence.

2° **Mélancolie.** — Délire général avec dépression ; *phrénalgie* de Guislain ; *lypémanie* d'Esquirol, spécialement caractérisée par la prédominance de sentiments ou d'idées tristes avec un état de dépression plus ou moins profond.

Le début de la mélancolie, comme celui de la manie, peut être brusque ou bien

précédé de quelques jours de malaise, avec agitation, insomnie ; les conceptions délirantes finissent par se dégager : nombreuses au début, elles donnent presque immédiatement au malade cet aspect craintif, inquiet si caractéristique : la *physionomie* s'altère rapidement, les *sécrétions* diminuent, et pour peu qu'un état de *panophobie* se déclare, les mélancoliques se cachent, fuient, refusent les aliments, se blottissent dans les endroits les plus sombres ; la plus haute expression de cette forme d'aliénation est la stupeur (1).

Symptômes.—Les *conceptions délirantes* dans la mélancolie ont toutes le caractère de la tristesse. Les malades se croient perdus, ruinés, déshonorés, accusés de crimes imaginaires ; des *hallucinations* impérieuses, terrifiantes, les plongent dans un état d'anxiété continuelle, que viennent accroître de nombreuses *illusions ;* les malades protestent de leur innocence, ou bien s'accusent eux-mêmes des crimes les plus monstrueux. Rien n'égale la méfiante susceptibilité des mélancoliques, tout alimente leur délire, et les interprétations les plus fausses sont données aux paroles, aux gestes les plus insignifiants. Les craintes d'être empoisonné, ou de présenter une oblitération des voies digestives, conduisent souvent au refus complet des aliments ; bien différent en cela du maniaque, dont la mobilité ne permet guère de persistance dans les déterminations, le mélancolique refuse pendant des journées entières, il faut en venir à l'alimentation par la sonde œsophagienne, sinon l'aliéné mélancolique se laisserait mourir d'inanition. Les *impulsions suicides* sont communes dans la mélancolie. Nous ne faisons que les signaler ici, nous les retrouverons plus loin dans les délires partiels, avec des caractères plus nettement tranchés.

L'*état physique* ne présente pas moins de troubles. Nous avons déjà signalé l'insomnie, le ralentissement des sécrétions ; on constate encore le ralentissement de la *circulation*, le pouls est petit, la chaleur de la peau s'abaisse ; chez quelques malades, le toucher donne la sensation de l'enveloppe visqueuse et froide des reptiles. L'œil est terne, le regard fixe ; la langue est saburrale, les garderobes rares, les urines peu abondantes et foncées en couleur. En un mot, toutes les fonctions sont comme arrêtées, et cet état est d'autant plus prononcé que la conception délirante est plus fixe, que la dépression est plus profonde. Comme la manie, la mélancolie existe à l'état aigu ou à l'état chronique. Aiguë, elle parcourt en cinq à six ou huit mois ses diverses périodes, présentant des alternatives de rémission, puis de dépression ; le début de la convalescence est marqué par le retour aux habitudes de la vie, par le réveil des sentiments affectifs, par la possibilité de s'occuper quelques instants et par une demi-conscience de l'état de maladie. Comme pour la manie, le retour des fonctions périodiques, le sommeil, le rétablissement des fonctions digestives, annoncent la fin de la maladie. Comme pour la manie encore, le passage à la chronicité est marqué par une amélioration dans l'état physique auquel ne correspond pas parallèlement une modification de l'état mental. Dans ce cas, le délire se circonscrit, se limite, et c'est parmi les mélancoliques chroniques que l'on classe ce grand nombre de malades à délires tristes, caractérisés par des idées de persécution, de damnation, de possession, etc.

(1) Etoc Démazy, *De la stupidité chez les aliénés*, thèse de Paris, 1838. — Baillarger, *De la stupidité chez les aliénés* (*Annales médico-psychologiques*, janvier et mars 1843).

3° **Délires partiels.** — Sous ce nom, nous rangeons toutes les formes chroniques de délires dans lesquels des préoccupations exclusives dominent l'aliéné. Ces délires, qui correspondent aux *monomanies* d'Esquirol, ont cela de particulier qu'ils laissent, en dehors d'eux, l'intelligence à peu près intacte; mais leur ténacité, la persistance et la conviction avec laquelle la *conception délirante* est affirmée par l'aliéné, les déterminations prises en conformité avec l'idée dominante, la dissimulation souvent profonde avec laquelle le fou prépare, conduit ses entreprises, l'impitoyable logique avec laquelle il raisonne, sur une idée fausse comme point de départ, constituent une forme évidemment à part et où se retrouvent aussi l'*excitation* et la *dépression* (1).

Aux *délires partiels* avec excitation se rattachent les fous *ambitieux*, *orgueilleux*, *dissipateurs*. On se ferait difficilement une idée des aventureux projets de tels malades; les uns se croyant financiers habiles, développent les plans les plus fantastiques de réformes administratives; ils mettent toute leur intelligence, et il y en a qui en ont beaucoup, au service de leur idée fausse; ils écrivent de volumineux mémoires qu'ils adressent à de hauts personnages; le silence ne les rebute pas, un mois d'un incessant travail n'est rien pour eux, le manuscrit resté sans réponse sera patiemment recommencé; ces malades espèrent de flatteuses distinctions; elles n'arrivent pas, ils se les décernent à eux-mêmes; la haute confiance qu'ils ont dans leur génie les fait se transformer facilement en législateurs, rois, empereurs, prophètes, dieux même, il n'y a pas d'exagération à laquelle ils ne puissent arriver. Que leur attention soit fixée, qu'ils échappent pour un moment à la conception délirante, et ces mêmes malades paraîtront sains d'esprit, jusqu'à ce que, tout à coup, un signe, un geste, un mot viennent trahir le trouble de leurs idées. Ces délires sont variés à l'infini, et Leuret avait parfaitement observé que, se montrant dans toutes les classes de la société, ils sont d'autant plus exagérés dans leurs expressions, que l'homme appartient à une classe moins élevée, que son entendement est moins cultivé. Toutefois, les délires partiels avec dépression sont plus nombreux encore que les délires partiels avec excitation, quelques-uns d'entre eux sont assez importants pour mériter une description plus détaillée.

Ce qu'il importe de bien établir, dans ces formes de délires partiels, c'est ce que J. P. Falret (2) appelle si justement la *systématisation* du délire. Dans aucun cas les troubles que nous avons décrits sous le nom de *lésions primitives*, les conceptions délirantes, les hallucinations, les impulsions irrésistibles, ne sont aussi nettement accusés. Nous ne saurions trop insister sur ce point, c'est la connaissance de ce fait qui permet de comprendre comment un individu qui tout à l'heure était calme, froid, s'exprimait avec toutes les apparences d'une raison droite, peut devenir tout à coup un meurtrier, un incendiaire, un suicide, etc.

Délire de persécutions (3). — « Il existe une forme de délire partiel à laquelle on donne, faute d'un meilleur terme, le nom de *délire de persécutions;* qui se reproduit avec des caractères assez constants pour constituer une espèce pathologique

(1) Trélat, *Folie lucide*. Paris, 1861.
(2) Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés; Leçons cliniques et considérations générales*. Paris, 1864, 3e leçon, p. 194.
(3) Lasègue, *Du délire de persécutions* (*Archives générales de médecine*, 1852, t. XXVII, p. 129).

parmi les aliénations mentales (Lasègue). Il est caractérisé d'abord par des inquiétudes vagues contre lesquelles l'esprit lutte ; ne voyant rien qui justifie ses craintes, le malade essaye de les éloigner de lui ; elles reviennent plus impérieuses, s'établissent d'une manière définitive, et les hallucinations de l'ouïe aidant, des convictions inébranlables se forment. Tantôt chez lui, tantôt dans la rue, le malade est poursuivi par des voix injurieuses, il cherche d'où elles peuvent venir, et ne rencontrant jamais nulle part ses imaginaires ennemis, il en arrive à conclure qu'ils appartiennent à la classe de ces puissances occultes toujours insaisissables ; ils reçoivent alors de l'aliéné les appellations les plus bizarres, ils appartiennent tantôt au magnétisme, à l'électricité, tantôt à la police, plus souvent encore ils sont définis par ce terme vague qui, pour les esprits peu cultivés surtout, a une extension énorme : « les physiciens ». Ces aliénés prennent les attitudes les plus singulières, les précautions les plus minutieuses pour combattre « *les influences* ». Tel se croit porteur d'une boussole, et obligé pour n'en pas troubler l'aimantation, de marcher le visage tourné vers le nord ; tel autre ferme ses oreilles, ses narines avec du papier, de la charpie, pour empêcher l'introduction du fluide magnétique dans son corps ; tel autre se barricade chez lui, et se condamne à l'immobilité la plus absolue. La plupart fatiguent l'administration de leurs réclamations, de leurs plaintes, et demandent qu'on les débarrasse de persécuteurs sur lesquels, quand la discussion arrive, ils ne peuvent donner aucuns renseignements précis. L'hallucination de l'*ouïe* est presque constante, celle de l'*odorat* se rencontre quelquefois ; beaucoup plus rarement celle de la *vue*. C'est un délire essentiellement chronique contre lequel échouent toutes les argumentations.

Nous ne nous étendrons pas sur les délires avec prédominance d'*idées religieuses*, la *démonopathie* (1). Il suffit de la signaler, de même que les *incubes*, les *succubes*, etc. Rappelons encore les *impulsions* irrésistibles qui font les aliénés *voleurs*, *incendiaires*, *homicides* (2). La folie-suicide peut être, à certains égards, rattachée à ce groupe ; elle a été parfaitement étudiée par des Étangs, Brierre de Boismont.

Le délire des persécutions est l'une des formes les plus communes des aliénations. Lasègue l'a constaté chez un quart des femmes et chez un sixième environ des hommes aliénés soumis à son examen.

Nous rapprocherons de ces délires la nostalgie et l'hypochondrie.]

4° **Nostalgie.** — La *nostalgie*, qu'on n'a guère l'occasion d'observer en dehors de circonstances particulières, est caractérisée par une tristesse profonde, avec dépérissement, causés par l'éloignement du pays natal.

Les meilleures descriptions qui aient été données de cette affection sont dues à des médecins militaires qui ont eu l'occasion de l'observer chez de jeunes soldats ; Fonssagrives (3), ancien médecin de la marine, en a tracé un excellent tableau.

La perte de la gaieté habituelle est le premier signe auquel on reconnaît cette affection. Les malades s'efforcent de la dissimuler, et pour cela ils recherchent la

(1) Macario, *Annales médico-psychologiques*, 1844.
(2) Trélat, *La folie lucide*. Paris, 1861.
(2) Fonssagrives, *Traité d'hygiène navale, ou de l'influence des conditions physiques et morales dans lesquelles l'homme de mer est appelé à vivre*, Paris, 1856.

solitude où ils se livrent à un chagrin d'autant plus vif, qu'ils ont fait plus d'efforts pour paraître gais devant les personnes étrangères.

Pendant un certain temps le mal ne consiste que dans cette tristesse; mais, à une époque variable, il s'y joint de la *langueur*, de l'*abattement* des forces, un dérangement plus ou moins marqué des *digestions*, des *palpitations*, l'*affaiblissement de l'intelligence*, l'*amaigrissement*, en un mot, tous les signes d'un dépérissement plus ou moins rapide, et sur lequel nous n'entrons pas dans de grands détails parce qu'il est extrêmement facile d'en concevoir tous les symptômes.

Si les malades n'ont pas l'espoir de retourner prochainement dans leur pays, on les voit dépérir de plus en plus, et succomber dans le *marasme.*

Il n'est pas rare aussi de voir les nostalgiques se donner la mort.

De puissantes diversions peuvent néanmoins prévenir cette terminaison funeste.

Dans les premiers temps la nostalgie peut être difficile à reconnaître, par suite du soin que mettent les malades à la dissimuler; bientôt elle devient évidente, et un des moyens les meilleurs pour s'assurer de son existence consiste à parler aux malades de leur pays; alors on les voit s'animer, rougir, verser des larmes, en un mo exprimer une émotion profonde, et si l'on peut leur promettre qu'ils reverron bientôt le lieu de leur naissance, l'espoir a promptement effacé toutes les traces de la maladie.

La nostalgie est assez souvent *simulée*, surtout par les jeunes militaires. On trouve en ce cas un excellent moyen de diagnostic dans les soins que les nostalgiques mettent, ainsi que nous l'avons vu plus haut, à dissimuler la cause de leur dépérissement. Ceux qui simulent la nostalgie s'empressent, au contraire, de se plaindre de leur éloignement du pays natal.

[5° **Hypochondrie.** — Cette forme du délire partiel est assez commune pour mériter une description spéciale. Elle était parfaitement connue dans l'antiquité; car Platon chassait de sa république « ces hommes occupés toujours à rêver des souffrances imaginaires, ayant perdu toute aptitude pour les arts et pour les sciences, incapables de comprendre et de méditer ».]

On trouve dans Hippocrate des traces de la connaissance de cette maladie; Galien l'a fait un peu mieux connaître, et après lui un bon nombre d'anciens auteurs l'ont décrite, en ajoutant plus ou moins à son histoire. Parmi les auteurs qui se sont occupés de cette affection, il faut citer F. Plater (1), Ch. Lepois (2), Th. Willis (3), Boerhaave (4), Hoffmann, G. Cheyne, Louyer-Villermay (5), Falret (6), Fréd. Dubois (d'Amiens) (7), qui a donné une très-bonne appréciation critique des travaux de ses prédécesseurs sur ce sujet, Brachet (8), et enfin Michéa (9), auquel nous devons un très-bon travail sur cette affection.

(1) Plater, *Prax. med.*, t. I. Basiliæ, 1625.
(2) Lepois, *Select. observ.*, 1618.
(3) Willis, *De morb. convuls.* (*Opera omnia*).
(4) Boerhaave, *Prælectiones acad. : De morb. nerv.*, 1761, 2 vol. in-12.
(5) Loyer-Villermay, *Traité des maladies nerveuses*, 1816, t. I, p. 9 : *De l'hypochondrie e du suicide*, 1822.
(6) Falret, *Du suicide et de l'hypochondrie*. Paris, 1822.
(7) Dubois (d'Amiens), *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*. Paris, 1837, in-8.
(8) Brachet, *Traité de l'hypochondrie*, 1844, in-8.
(9) Michéa, *Traité pratique, dogmatique et critique de l'hypochondrie*. Paris, 1845, in-8.

La division la plus récente est celle qu'a suivie Michéa, et que cet auteur tient de Broussais ; elle est ainsi conçue : 1° *Hypochondrie essentielle primitive ou idiopathique.* Dans cette espèce, il y a simplement une aberration de l'intelligence qui fait craindre des maux tout à fait imaginaires. 2° *Hypochondrie secondaire ou sympathique.* Dans cette espèce, le point de départ de la maladie est dans une affection réelle ; mais le sujet, partant de souffrances dont l'existence ne peut être contestée, en tire des conséquences exagérées et absurdes : c'est dans ces conclusions erronées qu'il faut voir l'hypochondrie. 3° *Hypochondrie mixte.* Dans cette troisième espèce, le point de départ de la maladie serait en même temps dans des souffrances physiques et dans une aberration de l'intelligence : le corps et l'esprit, suivant l'expression de Michéa, loin de jouer un rôle exclusif, se prêtent un mutuel appui pour produire la maladie. Nous avons élevé ailleurs des doutes sur l'existence de cette troisième espèce, et montré que les trois observations rapportées par Michéa sont loin d'être concluantes. Avec un peu d'attention, on voit presque toujours l'esprit s'affecter avant le corps, ou réciproquement, et c'est cette affection isolée, intéressant ordinairement le corps, qui est la cause occasionnelle de l'altération soit du moral, soit du physique, suivant que l'un ou l'autre a été primitivement atteint.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

« Ce que l'on entend par le mot *hypochondrie* n'est, dit Michéa, autre chose, au fond, qu'une des nombreuses espèces de la monomanie triste ou *lypémanie*, qui consiste dans une méditation exagérée sur son *moi* physique, sur l'état de son corps, sur sa propre santé, en d'autres termes, dans la terreur extrême (nous ajouterons, et dans la croyance) d'être affecté de maladies qu'on juge dangereuses, incurables, susceptibles de conduire au tombeau. »

L'affection qui nous occupe a été décrite par les Arabes sous le nom de *mirachia*, et par d'autres auteurs, sous ceux de *melancholia*, *melancholia hypochondriaca*, *vapor melancholicus*, *vapor teter; vapeurs noires*, *folie hypochondriaque*, *affection hypochondriaque*, etc. Aujourd'hui le nom d'*hypochondrie* est généralement employé.

La *fréquence* de cette affection n'est pas aussi grande qu'on pourrait le croire d'après la pratique ordinaire; il n'est pas de médecin qui n'ait été consulté par un nombre assez considérable d'hypochondriaques ; mais il faut remarquer que ces malades s'adressent à une multitude de médecins, et que leur nombre semble se multiplier ainsi. Il n'est pas douteux que l'hypochondrie ne soit une affection assez fréquente.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.* — *Age.* — C'est, d'après les chiffres fournis par Michéa, de trente à quarante ans que le nombre des hypochondriaques est le plus élevé ; il est un peu moindre de vingt à trente et de quarante à cinquante ; enfin, il est très-faible dans l'adolescence et la vieillesse.

Sexe. — La proportion des hommes hypochondriaques à celle des femmes affectées de la même maladie est comme 3 à 1, d'après les mêmes recherches.

Tempéraments. — Tout le monde s'accorde à dire, et c'est un fait confirmé par

les relevés de Michéa, que le *tempérament nerveux* prédispose plus que tout autre à l'hypochondrie; mais a-t-on distingué le tempérament acquis du tempérament congénital ? C'est une question qui n'est pas sans importance.

L'*oisiveté*, les *professions intellectuelles*, les *études trop abstraites ;* d'après quelques auteurs, le *célibat*, l'*éducation efféminée*, sont encore des causes prédisposantes généralement admises.

Saisons, climats. — Il y a beaucoup de divergence dans les opinions des auteurs à ce sujet, les uns affirmant que la maladie est beaucoup plus fréquente dans les *climats chauds*, d'autres soutenant une opinion contraire, et d'autres attribuant aux climats chauds et aux climats froids une égale influence. Il en est de même à l'égard des *saisons ;* aucun auteur ne nous ayant donné de relevé statistique sur ce point, tout n'est que conjecture. La même réflexion s'applique à l'*usage immodéré de certains aliments*, et en particulier des végétaux et du sucre, ou bien de *certaines boissons*, telles que l'*eau*, le *thé*, les *alcooliques.* Ces diverses causes ne peuvent agir qu'indirectement, en donnant lieu, à la longue, à une altération du sang ou à une affection gastro-intestinale, dans le cours desquelles se développe l'hypochondrie. Telle est aussi la manière d'agir des *condiments*, et des émissions sanguines trop abondantes.

2° *Causes occasionnelles.* — Les principales sont la *lecture des livres de médecine*, les personnes qui ne sont pas de la profession ayant une grande tendance à voir dans leurs plus légères indispositions les symptômes des maladies les plus graves dont elles ont lu l'histoire ; la *vue de la mort d'une autre personne ; la perte d'un parent, d'un ami ;* les *prédictions sinistres ;* la *spermatorrhée.* Nous indiquerons l'influence de cette dernière cause dans l'article consacré aux pertes séminales involontaires (1). Signalons la suppression d'une hémorrhagie habituelle, la convalescence de certaines affections. On se souvient, par exemple, qu'à la suite du choléra, plusieurs individus sont restés hypochondriaques. Il en est de même à la suite de toutes les grandes *épidémies.* Enfin, il est d'autres maladies sporadiques qui donnent particulièrement lieu à la maladie qui nous occupe : les viscéralgies et d'autres affections chroniques plus graves, mais sur lesquelles néanmoins les malades se font des opinions erronées.

Pour terminer, nous dirons avec Michéa : « Aux influences, tant immédiates qu'indirectes, dont il s'agit dans ce chapitre, nous aurions pu en ajouter d'autres; mais comme elles ne sont rien moins qu'incontestables, et que d'ailleurs leur étude importe assez peu au point de vue de la pratique, nous avons cru devoir les passer entièrement sous silence. »

§ III. — Symptômes.

1° *Hypochondrie primitive ou idiopathique.* — Dubois (d'Amiens), et après lui Michéa, ont admis trois périodes distinctes : dans la première, l'intelligence seule est affectée; dans la seconde, le corps participe à la maladie, mais seulemant par des troubles fonctionnels; dans la troisième, il survient des lésions matérielles. On voit que, rigoureusement, on peut n'admettre que deux périodes : dans la première, l'esprit seul est affecté ; dans la seconde, le corps l'est également.

Première période. — Le caractère symptomatique essentiel, capital, de cette

(1) Voyez tome IV, PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES.

période, consiste dans les *faux jugements que les malades portent sur l'état de leur santé*, qui d'ailleurs ne présente rien d'anormal. Cela posé, il est inutile d'entrer dans tous les détails des diverses affections que ces malades croient avoir ; il faudrait parcourir presque tout le cadre nosologique. Beaucoup se croient atteints de phthisie, de cancer ; d'autres croient que certaines parties de leur corps sont frappées de mort, qu'ils exhalent l'odeur des cadavres ; d'autres s'imaginent qu'ils ont des tumeurs dans diverses parties du corps, etc., etc. L'examen le plus attentif ne fait rien découvrir de semblable, car c'est là ce qui fait le caractère de la maladie.

Sous l'influence de ces fausses croyances, les malades sont tristes, préoccupés ; s'entretenant sans cesse de leur santé ; redoutant la mort, ils s'occupent constamment de la manière dont s'exécutent leurs principales fonctions, vont sans cesse à leur miroir pour examiner leur teint, considèrent avec une attention ridicule leurs diverses excrétions, pèsent leurs aliments, et attribuent à des circonstances puériles leurs maux imaginaires. Ils consultent un grand nombre de médecins, lisent tout ce qui leur paraît se rapporter à leur prétendue maladie, changent fréquemment de remèdes, et se croient presque toujours soulagés lorsqu'ils ont changé de médecin et de médication ; mais cette croyance dure peu.

Ces malades finissent par être sombres, irritables, capricieux, et surtout profondément égoïstes, se plaignant sans cesse, quoique ce soient eux qui rendent malheureux tout ce qui les entoure, indifférents aux maux que peuvent éprouver les autres, concentrés en un mot dans une seule idée : l'état de leur santé.

Lorsque l'on réussit momentanément à distraire les hypochondriaques, souvent leur caractère se transforme, ils deviennent animés, gais, prévenants ; mais ce moment passé, ou même au plus fort de leur animation, si on les remet sur le chapitre de leur santé, ils retombent dans leur tristesse, recommencent leurs plaintes, cherchent la solitude, etc., ce qui ne les empêche pas de remplir parfaitement toutes leurs fonctions.

Deuxième période. — Il survient de nouveaux phénomènes qui ont leur siége dans un grand nombre d'organes divers. On a reconnu une *monomanie hypochondriaque*, lorsque le trouble fonctionnel ou les lésions matérielles ont leur siége dans la cavité abdominale ; une *monomanie pneumo-cardiaque*, lorsque les symptômes se font remarquer du côté de la poitrine, etc., etc. Il suffit qu'il existe dans un organe quelconque un trouble fonctionnel ou un désordre matériel, pour que l'hypochondrie ait des caractères identiques dans tous les cas. Les symptômes fonctionnels éprouvés par les malades appartiennent presque tous aux diverses viscéralgies : ainsi des *spasmes*, des *constrictions* de la poitrine, de l'abdomen ; des *digestions difficiles*, douloureuses ; des étourdissements, un embarras de la défécation, de la miction, etc., etc. On a vu au bout d'un certain temps, chez quelques sujets, mais ce sont les cas les plus rares, de véritables *affections organiques profondes* se montrer dans l'estomac, le foie, le cœur, etc. Ce n'est pas sans un certain doute que l'on doit admettre l'existence de ces faits ; les auteurs n'ont pas noté avec assez de soin l'intégrité complète des organes au début de l'hypochondrie ; il est souvent bien difficile de reconnaître les affections chroniques commençantes.

2° *Hypochondrie secondaire, sympathique.* — Qu'on imagine une affection quelconque qui inspire au malade des craintes exagérées pour sa vie, et l'on verra survenir la série des symptômes exposés plus haut, de sorte qu'on aura l'hypo-

chondrie avec tous ses caractères. Dans ce second cas, l'affection physique peut être considérée comme la cause déterminante de l'affection morale. Les sujets ne se trompent pas quand ils se croient malades, mais ils se trompent sur la gravité de leur maladie. Le plus souvent, au lieu d'une affection légère qu'ils ont, ils s'imaginent être atteints d'une affection mortelle dont les symptômes ressemblent plus ou moins à ceux qu'ils éprouvent. C'est ainsi que les malades affectés de gastralgie se croient atteints d'un cancer de l'estomac; que ceux qui ont des palpitations nerveuses croient à un anévrysme du cœur, etc. De cette croyance résultent les soins hygiéniques les plus bizarres, les médications les plus variées et les plus inutiles, la tristesse; en un mot, tous les symptômes qui caractérisent le délire hypochondriaque.

Les maladies qui sont le plus souvent le point de départ, le prétexte de ces idées délirantes, sont principalement les diverses viscéralgies, et en particulier les viscéralgies gastro-intestinales.

Les affections primitives tendent continuellement à s'aggraver sous l'influence du mauvais régime, des médications intempestives, et aussi des idées tristes auxquelles les malades sont constamment en proie. De simples troubles fonctionnels peuvent dégénérer en lésions organiques profondes.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement chronique, néanmoins on a cité quelques cas qui avaient une forme aiguë, mais ils sont très-rares. Le début est lent et graduel. On a admis des *prodromes*, mais en examinant les observations, on s'assure qu'ils ne sont autre chose que les symptômes de la maladie à un faible degré. Il est rare qu'on n'observe pas, dans le cours de l'affection, des périodes d'amélioration plus ou moins considérable : une occupation importante, une distraction, suffisent pour détourner momentanément les malades de leurs idées délirantes. On a vu quelquefois l'hypochondrie cesser tout à coup pour se reproduire au bout d'un temps variable. Suivant Georget et Falret, l'hypochondrie peut revêtir le *type intermittent*.

[L'hypochondrie peut revêtir le type intermittent; cela se voit aussi bien pour cette maladie que pour beaucoup d'autres, quand il existe une relation directe entre la suppression ou la diminution d'un flux habituel et la maladie elle-même. C'est surtout dans le type intermittent qu'on retrouve la tendance au suicide. Il semblerait au premier abord que l'hypochondrie, véritable exagération de l'instinct de conservation, ne doive jamais conduire là, et cependant rien n'est plus vrai, les exemples en sont assez communs.]

La *durée* peut être de quelques jours, de quelques mois, de quelques années, ou se prolonger pendant toute la vie.

La *terminaison* par la guérison est la plus fréquente de toutes, suivant les relevés de Michéa. C'est lorsque la maladie est idiopathique, ou lorsqu'elle est sympathique d'une affection fonctionnelle et facilement curable, qu'on obtient ordinairement cette terminaison favorable. Dans les cas où la maladie est sympathique d'une altération organique, sa curabilité dépend de celle de cette altération.

L'hypochondrie peut-elle occasionner la mort par elle-même? La grande débilitation que détermine l'état moral du malade, et les erreurs de régime peuvent

porter une atteinte assez profonde à l'organisme pour causer la mort. Quelquefois on voit l'hypochondrie disparaître à mesure que la maladie organique qui lui a donné lieu fait des progrès. Enfin, on l'a vue se transformer en diverses autres espèces de folie. L'hypochondrie est quelquefois *compliquée* d'un autre genre de folie.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

D'après ce que nous avons dit plus haut, il n'y a pas de lésions anatomiques qui soient propres à cette maladie; ce serait par conséquent un hors-d'œuvre que d'exposer ici, comme l'ont fait quelques auteurs, les altérations organiques dont l'hypochondrie a été la conséquence.

Rien n'est plus facile que le diagnostic. Ce n'est, en effet, que faute d'une observation suffisante qu'on avait pensé que l'hystérie et l'hypochondrie ont des points de ressemblance. Pour s'assurer qu'il n'est nullement nécessaire d'établir un diagnostic à ce sujet, il suffit de comparer la description des deux maladies; rien n'est plus dissemblable.

On s'assurera si l'affection est idiopathique ou sympathique.

Le *pronostic* dépend de la lésion organique primitive ou consécutive. Par elle-même, l'hypochondrie ne menace pas les jours du malade.

§ VI. — Traitement.

Traitement moral. — L'*hypochondrie idiopathique* étant, surtout à son début, une affection morale, c'est à cette espèce de traitement qu'on a recours. Les auteurs sont unanimes sur ce point. Ce traitement consiste dans les *distractions*, les *voyages*, l'*exercice* à cheval, en voiture, une *occupation* attrayante, des *intérêts mis en jeu*, etc., etc.

D'après les circonstances de la maladie, on jugera si l'on doit faire honte au malade de sa pusillanimité, ou saisir quelque circonstance particulière de son caractère, pour s'en servir comme d'un levier propre à agir sur l'affection : mais ces nuances du traitement moral seront retracées page 680, nous n'y insisterons pas ici.

S'il n'existe aucune affection physique, soit fonctionnelle, soit organique, ce n'est pas une raison pour s'abstenir de toute prescription ; il est bon d'administrer des moyens inertes, en faisant croire au malade qu'ils ont une grande activité : par là on a réussi fréquemment à rétablir la santé des hypochondriaques. Quelquefois on est arrivé à ce résultat en faisant croire au malade qu'on lui extrayait d'une partie du corps un animal qu'il y croyait logé. On se gardera après la réussite, d'avouer la supercherie ; l'expérience a prouvé que le malade se croirait mal guéri, et retomberait dans son hypochondrie.

Assez souvent l'état d'irritation, de faiblesse, d'anémie, dans lequel se trouvent les hypochondriaques, exige qu'on emploie les *antispasmodiques*, les *narcotiques*, les *toniques*, les *ferrugineux;* c'est au médecin à juger de l'opportunité de leur application.

Le traitement moral convient également à l'*hypochondrie secondaire et sympathique;* mais il faut en même temps diriger les moyens convenables contre la maladie qui est le point de départ des idées délirantes. On cherchera à guérir la gastralgie, l'entéralgie, etc. Dans les cas d'affection organique profonde, on ne peut guère avoir recours qu'à des moyens *palliatifs*, qu'il faut néanmoins se bien

garder de négliger. On doit chercher les détails de ce traitement dans les divers articles où sont décrites les maladies dont l'hypochondrie est la conséquence.

ARTICLE III.

DÉMENCE

[La *démence* est définie par Esquirol l'affaiblissement progressif de l'intelligence, de la sensibilité et de la volonté; c'est, pour nous servir de son expression pittoresque, la ruine d'un riche qui peu à peu tombe dans la plus profonde misère.

Elle est *incomplète* ou *complète*.

Causes. — A moins qu'elle ne survienne par les progrès de l'âge, la démence est ordinairement consécutive aux diverses formes des aliénations mentales. En la rangeant, comme nous l'avons fait, parmi les lésions terminales de la folie, nous avons suffisamment fait comprendre que pour en déterminer les causes il fallait remonter jusqu'au trouble mental qui l'avait précédée. Disons toutefois qu'elle peut se montrer presque d'emblée chez des individus que des excès, des veilles prolongées, une longue contention de l'esprit, ont affaiblis, et qu'elle est dans ce cas une oblitération des facultés intellectuelles, une sorte d'appauvrissement, d'usure de l'organe cérébral.

Incomplète, la démence se trahit par les troubles de la mémoire. Conservant le souvenir des faits anciens, le dément semble n'être plus apte à recevoir et à conserver des impressions nouvelles : il est indifférent, oublie les jours, les heures, ne sait plus trouver sa route, et pour peu qu'on le dérange d'habitudes dès longtemps prises, ne sait pourvoir à rien. Ces troubles, au début, sont parfois assez difficiles à reconnaître : il faut ou une très-grande habitude, ou la vie en commun pour s'apercevoir de la lésion. Si elle n'est pas très-étendue, si elle reste stationnaire, le dément peut, sans grands inconvénients, vivre de la vie de famille, et l'intervention du médecin n'est pas demandée; mais s'il y a un certain nombre d'aliénés qui restent à ce premier degré, il en est un bien plus grand nombre chez lesquels l'affaiblissement intellectuel fait d'incessants progrès, et la démence est alors *complète.* C'est, comme le dit Guislain, « la mort de l'intelligence ». La mémoire est abolie, la sensibilité générale et spéciale souvent pervertie à un point tel, que l'aliéné n'a plus l'instinct de la conservation : il faut pourvoir à toutes les exigences de sa vie matérielle ; il devient malpropre. En même temps la physionomie perd toute expression, elle revêt un caractère d'apathie absolue. Les idées sont dissociées, aucun lien ne les rapproche, et les phrases restent inachevées; des mots bizarres, des gestes aussi incohérents que les paroles, une passivité complète, tel est le triste tableau de cet état que nous ne croyons pas devoir détailler davantage.

La démence n'est pas toujours aussi uniforme que nous venons de la représenter. On y peut trouver des accès mélancoliques ou maniaques revenant à intervalles indéterminés; et quand il existe un certain degré d'excitation maniaque, on constate pendant toute sa durée une activité intellectuelle qui disparaît dès que le calme revient. Elle peut se compliquer aussi d'accidents convulsifs, épileptiformes, qui sont dus à des états particuliers des membranes ou des vaisseaux de l'encéphale.

La démence, même quand elle est récente, est incurable. Nous décririons ici la *démence avec paralysie générale*, si un article spécial ne lui avait été réservé.

ARTICLE IV.

IDIOTIE. — IMBÉCILLITÉ. — CRÉTINISME.

1° IDIOTIE ET IMBÉCILLITÉ.

§ I. — Définition.

L'*idiotie* peut être définie l'arrêt de développement plus ou moins complet des facultés intellectuelles et des instincts.

§ II. — Causes.

Elle est *congénitale* ou *acquise*, ajoutons *acquise* pendant l'enfance, et s'accompagne d'un arrêt du développement physique de l'individu.

§ III. — Symptômes.

L'idiotie présente des nuances variées qu'il serait sans intérêt de rappeler ici. Nous adopterons, comme plus conformes au but que nous nous sommes proposé, la division de Frédéric Dubois, d'Amiens (1), et nous distinguerons trois classes : 1° les *idiots complets;* 2° les *idiots avec conservation des instincts;* 3° les *imbéciles.*

1° *Idiotie complète.* — L'idiot *complet* est un être dont la vie est toute végétative ; souvent sourd, muet, aveugle, il reste inerte, accomplissant d'une manière automatique les actes les plus simples de la vie animale ; au-dessous de la brute, il ne sait ni trouver, ni prendre sa nourriture ; il est d'une malpropreté extrême ; tantôt il reste sans mouvement, tantôt il agite ses bras et ses jambes, poussant des cris rauques et perçants. Il reste là où on le place, sans essayer d'échapper ni à la chaleur ni au froid, qui semblent n'avoir pas d'action sur lui. Sa tête est déformée, volumineuse ; les années s'accumulent sans lui apporter les attributs de la virilité. La seconde dentition ne se fait pas, l'aspect de l'enfance persiste ; le système osseux, le système musculaire participent à cette dégradation ; des paralysies partielles, du rachitisme, achèvent de rendre ces êtres dégénérés, hideux à voir. — La vie ne saurait longtemps se soutenir dans des conditions semblables ; la plupart succombent jeunes, et le terme de trente ans n'est que rarement atteint.

2° *Idiotie avec conservation des instincts.* — Dans cette seconde classe se rangent une foule d'individus à développement intellectuel et physique excessivement borné, mais cependant capables de certaines manifestations. Ils ont à leur disposition quelques mots, et deviennent, à force de patience et de soins, aptes à quelque chose (2) ; ils n'ont ni jugement, ni raisonnement ; mais soit qu'ils possèdent un peu de mémoire, soit qu'on les trouve réduits à des instincts d'imitation, ils font ce qu'ils ont vu faire, ils répètent ce qu'on leur a montré. C'est dans cette classe que se révèlent les instincts musicaux, les aptitudes à modeler, à sculpter, etc., mais il n'y a nulle conscience de la valeur des actes, et quand l'idiot est livré à lui-même, qu'il vit dans un milieu où l'on se préoccupe peu de sa présence et des

(1) Frédéric Dubois (d'Amiens), *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, Paris, 1837, t. V.

(2) Séguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots*. Paris, 1846. — Belhomme, *Essai sur l'idiotie*. Paris, 1843. — Delasiauve, Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*. Paris, 1857.

exemples qu'on lui donne, il devient alors un instrument aveugle de brutalité. Tous les mauvais instincts se développent en lui, et si l'instinct génital prédomine, comme cela se voit fréquemment, d'abord masturbateurs, plus tard ils deviennent agressifs. Le plus grand nombre est paresseux, gourmand, nuisible ; les colères de l'idiot sont toutes particulières, il se frappe lui-même, se mord, se mutile, et semble être à peu près insensible à la douleur.

3° *Imbécillité.* — Si nous voulions tracer un tableau complet de l'imbécillité, il nous faudrait passer en revue toutes ces variétés d'individus qu'on désigne sous le nom de simples d'esprit, de pesants, d'arriérés, etc. , tous ceux qui vivent dans le monde avec des instincts et des appétits de brute, et qui, responsables vis-à-vis des tribunaux, passent une partie de leur vie dans les maisons de détention. Nous renvoyons aux traités spéciaux, et pour les imbéciles dont l'état intellectuel se présente avec de trompeuses apparences, nous conseillons la lecture de l'excellent livre de Trélat (1).

Les imbéciles sont physiquement bien développés; le volume de la tète est normal, surtout chez ceux dont l'intelligence est le plus active. La microcéphalie s'observe aussi fréquemment ; les organes génitaux sont normaux, les membres bien proportionnés, l'infériorité de ces êtres consiste donc surtout dans l'abaissement de leurs facultés intellectuelles. En effet, l'imbécile susceptible d'un certain degré d'éducation, ne le dépasse jamais une fois qu'il y est arrivé ; son attention est difficile à fixer, il ne perfectionne rien, et ne sait pas sortir du cercle de ses habitudes. Il a des affections, souvent assez vives, parfois des aptitudes qui contrastent avec son infériorité pour tout ce qui leur est étranger.]

Nous indiquerons les recherches intéressantes d'Esquirol, Leuret, Foville, Cerise, Marchand, Morel (2), sur la conformation de la tête des idiots, et les diverses *lésions* que présentent les malades.

§ IV. — Causes.

[L'idiotie à ses divers degrés, comme l'imbécillité, est *congénitale* ou *acquise.* — *Congénitale*, elle tient à des conditions physiologiques du père et de la mère : l'*aliénation mentale* chez les ascendants, l'*épilepsie*, *des habitudes alcooliques*, la *conception pendant l'état d'ivresse*, des *coups*, des *émotions vives*, une *maladie grave* pendant la grossesse, en sont les causes les plus communes. — *Acquise*, l'idiotie succède à des affections *aiguës*, aux *fièvres graves*, *méningites, hémorrhagies méningées*, *épanchements séreux* ou *plastiques* des membranes *cérébrales;* des *coups*, des *chutes*, dont la violence a été directement portée sur le crâne, etc. Foville, Lunier et Gosse (3) ont signalé les constrictions exercées dans certains pays pour donner au crâne une forme particulière.]

Traitement. — L'idiotie, à quelque degré qu'elle existe, doit être considérée comme incurable, en ce sens qu'on ne parvient pas à mettre les sujets, sous le rapport intellectuel, au niveau des hommes ordinaires; mais on peut améliorer notablement leur état lorsqu'il existe chez eux une lueur d'intelligence : c'est ce

(1) Trélat, *La folie lucide.*

(2) Morel, *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales dans l'espèce humaine.* Paris, 1857.

(3) Gosse, *Essai sur les déformations artificielles du crâne.* Paris, 1855, in-8 (extrait des *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*).

qu'ont prouvé les faits cités par Itard (1), et ceux que nous a fait connaître Séguin (2). On doit donc bien se garder d'abandonner les idiots à leur triste sort, comme on le faisait autrefois; il faut d'abord, par l'hygiène, chercher à raffermir la constitution et à donner un plus grand degré de développement à l'organisme; puis, par l'éducation morale, réprimer les mauvaises habitudes, développer les facultés affaiblies, et diriger les instincts de manière que les malades ne paraissent pas trop étrangers à tout ce qui les entoure. On trouvera, sous ce rapport, d'excellentes indications dans l'ouvrage de Séguin.

2° CRÉTINISME.

[Nous ne voulons dire que deux mots du crétinisme ; il nous suffira d'en préciser les différents types, et pour cette étude nous nous en rapporterons aux travaux de Fodéré (3), Roosch, Maffei (4), Cerise, Morel (5), Fauconneau-Dufresne (6), Chatin (7), Grange (8), Niepce (9), Ferrus (10), aux documents publiés par la commission sarde (11), Vingtrinier (12), Boudin (13), Fabre (14), au *Dictionnaire* de Tardieu (15), et auxquels nous renvoyons pour plus de détails.

Le *crétinisme* est une idiotie endémique dans certaines vallées, caractérisé par

(1) Itard, *Traité des maladies de l'oreille*. Paris, 1842, t. II, p. 433 et suiv.

(2) Séguin, *Traitement moral, hygiène et éducation des idiots, etc.*, Paris, 1846.

(3) Fodéré, *Traité du goître et du crétinisme*. Paris, 1800.

(4) Maffei, *Dissertatio de fexismo, specie cretinismi*. Landshut (sans date), in-8, 48 p.

(5) B. A. Morel, *Influence de la constitution du sol sur la production du crétinisme*. Paris, 1855. — *Traité des dégénérescences de l'espèce humaine*, 1857.

(6) Fauconneau-Dufresne, *Du crétinisme, de ses causes, des établissements de l'Abendberg et de Bicêtre* (*Revue médicale*, 1846, t. II, p. 161).

(7) Chatin, *Recherche de l'iode dans l'air, les eaux, le sol et les produits alimentaires des Alpes, de la France et du Piémont* (*Comptes rendus des séances de l'Académie des sciences*, t. XXXIII, XXXIV, XXXV. — *Bulletin de l'Académie de médecine*, 1852, t. XVII, p. 341; 1853, t. XVIII, p. 609). — *Distribution de l'iode dans l'air, les eaux, etc., du Jura, du Valais, de la Lombardie et de l'Allemagne*; rapports entre cette distribution et le nombre des goîtreux et des crétins (*Bullet. de l'Acad. de méd.*, 1854, t. XIX, p. 295).

(8) Grange, *Rapports sur les causes du goître et du crétinisme* (*Archives des missions scientifiques*, décembre 1850). — *Recherches sur les causes du goître et du crétinisme* (*Annales de chimie et de physique*, Paris, 1849, t. XXVI, p. 129). — *Analyse des eaux de la vallée de l'Isère sur les terrains talqueux, anthracifères et crétacés* (*Annales de chimie et de physique*, 3ᵉ série, 1848, t. XXIV, p. 364). — *Bulletin de l'Académie de médecine*. Paris, 1851, t. XVI, p. 473.

(9) B. Niepce, *Traité du goître et du crétinisme*, suivi de la statistique des goîtreux et des crétins dans le bassin de l'Isère en Savoie, dans les départements de l'Isère, des Hautes-Alpes et des Basses-Alpes. Paris, 1851-1852, 2 vol. in-8.

(10) Ferrus, *Mémoire sur le goître et le crétinisme* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, Paris, 1850, t. XVI, p. 200 à 282). — Discussion à laquelle prirent part Bouchardat (p. 436 et 541), Baillarger (p. 481 et 550), Ferrus (p. 514 et 552), Rochoux (p. 541), Delafond (p. 543).

(11) *Rapport de la Commission créée par S. M. le roi de Sardaigne pour étudier le crétinisme*. Turin, 1848.

(12) Vingtrinier, *Du goître endémique dans le département de la Seine-Inférieure*. Réflexions sur l'étiologie de cette maladie (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1ʳᵉ série, t. L, p. 380, et 2ᵉ série, t. I, p. 32).

(13) Boudin, *Études géographiques et statistiques sur le crétinisme et le goître* (*Annales d'hygiène*, 2ᵉ série, t. VII, p. 46); *Traité de géographie médicale*. Paris, 1857.

(14) Fabre de Meironnes, *Traité du goître et du crétinisme et des rapports qui existent entre ces deux affections*. Paris, 1857.

(15) Tardieu, *Dictionnaire d'hygiène publique et de salubrité*, 2ᵉ édit. Paris, 1862, t. II, 353, art. GOÎTRE et CRÉTINISME.

la dégénérescence physique et morale de l'individu, un arrêt de développement plus ou moins complet, et une étroite connexité avec la cachexie goîtreuse. On y reconnaît trois degrés. Voici comment Ferrus les décrit :

1° *Crétineux :* Ayant en général la conscience de leurs sensations, à même de les comparer, de saisir leurs rapports ou leur dissemblance, les crétineux peuvent à la rigueur suffire aux soins de propreté, acquérir quelques notions élémentaires, s'adonner à des travaux d'une application superficielle.

2° *Semi-crétins :* Parole embarrassée, confuse, gutturale même, sens obtus, ineptie, ils ne sauraient apprendre à lire ni à compter, et l'on ne peut que bien rarement obtenir d'eux quelque service.

3° *Crétin complet :* Il appartient beaucoup plus à la vie végétative qu'à la vie humaine. Facultés cérébrales frappées de nullité ; sensations incomplètes ; aucun germe, aucune lueur d'affection ni de moralité ; aucune manifestation de l'instinct de conservation, ni même de celui de propagation, si développé chez les semi-crétins, et surtout chez les crétineux.

Les caractères physiques ne sont pas moins tranchés : la commission sarde les a longuement examinés ; ce sont pour les principaux une conformation défectueuse du crâne, qu'on voit aplati dans les régions antérieure et postérieure, élargi latéralement ; un front bas, avec une dépression sus-orbitaire, signalée par Cerise ; thorax étroit, membres grêles ou très-gros et comme œdémateux, muscles lâches ; organes génitaux ou très-petits ou d'une grosseur insolite ; ventre tombant sur les cuisses, et une telle laxité de téguments qu'ils peuvent à peine soutenir les intestins dans la cavité abdominale (1).

Étiologie. — Le développement du crétinisme dans certaines contrées, dans des conditions topographiques identiques, au fond des vallées, a, depuis longtemps, été rapporté au climat, à la qualité des eaux dont se servent les habitants. Ces eaux, analysées par Grange, Chatin et beaucoup d'autres encore, contiennent des sels de magnésie ; c'est eux qu'on accuse de tout le mal : la commission sarde, qui a soumis toutes les causes à la plus sévère discussion, en est arrivée à conclure que les causes du crétinisme se rattachaient : 1° aux conditions locales permanentes résultant de l'atmosphère du sol et des eaux ; 2° aux conditions accidentelles dérivant des mœurs, des habitudes privées, de la manière de vivre et de l'éducation ; 3° aux conditions individuelles auxquelles on doit rapporter les particularités de conception et d'hérédité.

De cette énumération découle le traitement. C'est à modifier l'hygiène publique et l'hygiène privée qu'il faut s'appliquer ; assainir les localités, développer la culture, défricher les terres laissées à l'abandon et couvertes de détritus végétaux qu'y déposent les pluies torrentielles, la fonte des neiges, faire pénétrer l'air et la lumière dans les cabanes ; prévenir par une vigilante intervention, les accouplements de crétins entre eux, faciliter le croisement de la race de la montagne avec celle de la vallée ; modifier les habitudes, moraliser par le travail, par l'éducation mise à la portée d'esprits faibles, mais susceptibles de se développer, comme l'a très-bien fait voir Cerise, tels sont les moyens moraux proprement dits à l'aide desquels on peut lutter contre le crétinisme endémique.

Quant aux mesures à prendre pour l'individu, elles sont encore hygiéniques :

(1) Ferrus, *ouvr. cité.*

nourriture fortifiante, boissons toniques, eau iodée, ferrugineuse, addition d'iodure de potassium dans le sel ordinaire, etc.

ARTICLE V.

FORMES COMPLEXES DE LA FOLIE.

Jusqu'ici nous n'avons fait connaître que les grandes divisions de la folie. Nous ne pouvons passer sous silence certaines variétés, telles que la folie à double forme, la folie puerpérale, la folie alcoolique.

1° **Folie à double forme** (Baillarger); **circulaire** (Falret) (1). — Elle est caractérisée par la succession des deux états mélancolique et maniaque, avec une période de rémission intercalaire, dont la durée est plus ou moins longue. Tout ce que nous avons dit de l'excitation maniaque et de la dépression mélancolique pouvant être reproduit ici, nous n'y insisterons pas; seulement le pronostic de la folie circulaire est bien autrement grave que celui des manies et des mélancolies. L'incurabilité en est la loi presque fatale.

2° **Folie puerpuérale** (2). — Cette dénomination comprend tous les délires chroniques qui se présentent, soit dans le cours de la grossesse, soit chez les nouvelles accouchées et les nourrices. Pendant la grossesse, la folie reste plutôt dans la classe des folies sympathiques. Elle disparaît avec l'accouchement; elle se montre tantôt presque immédiatement après la conception, tantôt à une époque plus éloignée, et sous l'influence de causes spéciales parmi lesquelles les causes morales jouent un grand rôle.

Le moment où le délire éclate le plus souvent, c'est après l'accouchement, dans les huit ou dix jours qui suivent, ou à l'époque de la réapparition des règles. On peut l'attribuer à l'ébranlement nerveux profond, à l'affaiblissement qui résultent du travail de la parturition. La femme y est d'autant plus exposée que le nombre des grossesses antérieures aura été plus considérable, que ces grossesses auront été plus rapprochées. La forme maniaque est celle qui prédomine. Un fait curieux signalé par les auteurs qui se sont occupés spécialement de ces matières, c'est que le sexe de l'enfant a paru influer sur le développement de la folie de la mère, que certaines femmes ayant eu plusieurs enfants mâles et femelles ont été prises de délire maniaque après la naissance des garçons, et leur santé n'a pas été troublée pour les filles. Il n'est pas possible de donner une explication satisfaisante du fait. Nous nous bornerons à le consigner.

Tout ce que nous aurions à dire du traitement trouvera plus loin sa place.

3° **Folie alcoolique**. — L'abus des boissons alcooliques entraîne à la longue des désordres physiques et intellectuels qui se présentent sous la forme aiguë et sous la forme chronique: ils ont été décrits par tous les auteurs. Les travaux les plus estimés sont ceux de Léveillé (3), Magnus Huss (4), Marcet (5),

(1) J. P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Leçons cliniques et considérations générales. Paris, 1864, p. 337 et 456.

(2) Marcé, *Traité de la folie des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris, 1858.

(3) J. B. F. Léveillé, *Histoire de la folie des ivrognes*. Paris, 1831.

(4) Magnus Huss, *Chronische Alkoolskrankheit oder Alkoolismus chronicus*. Ein Beitrag zur Kenntniss der Vergiftungskrankheiten. Aus dem Schwed. übersetzt von Gerh. von dem Busch. Stockholm, 1852. — Analysé par Lasègue, *Archives de médecine*, 1853.

(5) Marcet, *On chronic alcoholic intoxication*. London, 1853.

Delasiauve (1), Tardieu (2), Rayer (3), Marcel (4), Racle (5), Debouteville et Parchappe (6), Morel (7), Thomeuf (8), Motet (9), Alf. Fournier (10), Lancereaux (11).

Nous ne pouvons pas faire ici l'histoire de l'alcoolisme et des troubles qui naissent, se développent par suite d'une intoxication prolongée. Nous renvoyons à l'excellent article d'Alfred Fournier, qui en est l'exposé le plus complet, et qui résume toutes les connaissances actuelles sur cet important sujet. Cette question sera traitée d'ailleurs au tome V (voy. INTOXICATIONS). Nous ne nous arrêterons qu'à cette variété de l'alcoolisme aigu nommée le *delirium tremens*. La stupeur ébrieuse trouvera sa place à l'article ALCOOLISME.

Delirium tremens. — Il survient chez des individus adonnés aux boissons alcooliques, chez le buveur de profession ou chez ceux qui, n'ayant pas l'habitude de boire, se sont livrés coup sur coup à des excès alcooliques. Les premiers ont dépassé la limite de saturation, les seconds ont été empoisonnés d'emblée; chez les uns et les autres le délire éclate avec des caractères tellement tranchés qu'il est toujours facile à reconnaître. Deux ordres de symptômes s'y rattachent. Nous ne les séparerons pas dans notre description : ce sont des troubles de l'intelligence et de l'appareil locomoteur.

Le *delirium tremens* débute souvent tout à coup. Il s'annonce par de l'insomnie, des frayeurs, des hallucinations de l'ouïe et de la vue, qui vers le soir redoublent d'intensité. En proie à une agitation extrême, les malades tantôt crient, chantent, vocifèrent, répondent à d'imaginaires interlocuteurs; tantôt se croient accusés de crimes, sur le point d'être arrêtés; ils pleurent, protestant de leur innocence, et cherchent à échapper aux visions terrifiantes qui les poursuivent. Un des caractères de ce délire, c'est l'apparition de figures grimaçantes se détachant des murs, et venant au-devant du malade. Il les voit au pied de son lit, elles s'avancent, il ne peut les repousser : des animaux immondes courent sur lui, il est dévoré par une légion de *petites bêtes* dont il cherche en vain à se débarrasser. Un moment de calme survient-il? le malade s'assied dans son lit, il tient des propos incohérents, puis tout à coup il se précipite, se couche à terre, regarde sous les meubles, passe son bras, cherche à saisir quelque chose qu'il ne peut atteindre, fait des efforts inouïs, et résiste énergiquement à qui veut le retenir. Ou bien, encore, méconnaissant tous ceux qui l'entourent, se croyant menacé par des flammes qui sortent de

(1) Delasiauve, *D'une forme grave de delirium tremens* (*Revue médicale*, 1852) ; *Diagnostic différentiel du delirium tremens ou stupeur ébrieuse* (*Revue médicale*).

(2) Tardieu, *Observations médico-légales sur l'état d'ivresse considéré comme complication des blessures et comme cause de mort prompte et subite* (*Annales d'hygiène*, 1848, t. XL).

(3) Rayer, *Mémoire sur le delirium tremens*. Paris, 1819.

(4) Marcel, *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, thèse inaugurale. Paris, 1847.

(5) V. A. Racle, *De l'alcoolisme*, thèse d'agrégation de médecine. Paris, 1859.

(6) Debouteville et Parchappe, *Compte rendu moral et administratif de leurs asiles, Quatre-Mares et Saint-Yon*.

(7) Morel, *Traité des dégénérescences*. Paris, 1857, et *Traité des maladies mentales*.

(8) Thomeuf, *Essai clinique sur l'alcoolisme*, thèse inaugurale. Paris, 1859.

(9) A. Motet, *Considérations générales sur l'alcoolisme, et plus particulièrement des effets toxiques produits sur l'homme par la liqueur d'absinthe*, thèse inaugurale. Paris, 1859.

(10) Alfred Fournier, *Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1865, art. ALCOOLISME, t. I.

(11) Lancereaux, *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. Paris, 1865, article ALCOOLISME.

son lit, par des assassins dont il voit les poignards, il s'arme à son tour, et c'est dans ces périodes d'excitation violente que de terribles accidents peuvent se produire.

Du côté de l'appareil locomoteur les troubles ne sont pas moins accusés. Des tremblements fibrillaires agitent les muscles, et surtout apparents aux mains, ils constituent un des caractères de la maladie. Ils peuvent être assez prononcés pour que le malade ne puisse saisir qu'avec peine les objets qu'il laisse aussitôt tomber. Sa démarche est vacillante ; la physionomie a un cachet spécial d'hébétude et de frayeur ; l'œil est injecté, les pupilles, dans la plupart des cas, sont dilatées ; du côté des voies digestives on constate de l'inappétence, un état saburral, de la constipation.

C'est surtout vers le soir que les troubles augmentent et que les hallucinations terrifiantes reviennent plus impérieuses. Le sommeil est complétement aboli, et c'est au matin seulement qu'un peu de calme se rétablit ; le *delirium tremens*, tant qu'il reste ce que nous venons de le décrire, n'est en général pas très-grave, mais si la forme convulsive survient, avec les attaques épileptiformes, le malade peut être rapidement emporté. Ces cas extrêmes sont rares, comparés surtout à la fréquence du *delirium tremens*.

La *durée* de l'affection est très-variable. Le délire disparaît le premier, les tremblements cessent plus tard. La convalescence est ordinairement précédée ou de sueurs très-abondantes, ou d'une période d'un sommeil profond. Les hallucinations s'évanouissent, elles reparaissent encore pendant quelques jours, mais le malade les apprécie, les juge et en rend compte : l'appétit revient, les sécrétions sont normales, et chaque jour l'état général s'améliore. Il n'est pas rare de voir au déclin, des éruptions de furoncles.

Traitement. — Il doit avoir pour but de favoriser l'élimination de l'alcool (1), de ramener le calme, de prévenir les dangers qui pourraient résulter de l'excitation violente et aveugle du malade. Le traitement tempérant dès le début, est, après bien des discussions, celui qui réussit le mieux, — celui auquel tout le monde revient aujourd'hui. Bains tièdes prolongés avec irrigations continues ; purgatifs salins répétés. Le soir nous donnons un peu d'opium, de 10 à 20 centigrammes, ayant rarement besoin de dépasser cette dose. Dans bien des cas, nous nous abstenons même de donner des narcotiques ; quand les désordres musculaires ne sont pas trop prononcés, quand l'état général est bon, nous nous en tenons aux bains, aux évacuants. Nous ne privons pas brusquement le malade des alcooliques, il boit de la limonade vineuse. Nous proscrivons les émissions sanguines qui ne font qu'accroître les désordres. Toutefois, il peut être nécessaire d'y recourir dans un cas déterminé ; mais nous conseillons toujours d'être extrêmement réservé dans l'emploi de ce moyen.]

Marche, durée, terminaison de la folie.

Georget décrit avec assez de soin une période qui, dans beaucoup de cas, peut durer fort longtemps, et pendant laquelle l'état du malade est le plus souvent méconnu ou mal apprécié ; cette période est pour lui une sorte d'*incubation*. Parfois

(1) Ludger Lallemand, Perrin et Duroy, *Recherches expérimentales sur l'absorption et l'élimination de l'alcool*. Paris, 1861.

l'*invasion* ou l'explosion suit de près l'action des causes qui font naître le délire ; ainsi on voit se déclarer une folie évidente en quelques heures, quelques jours. Quoi qu'il en soit, que la folie ait été ou non précédée de symptômes précurseurs et que ces troubles aient porté sur l'état physique ou sur l'état moral, une fois déclarée, elle suit une marche aiguë ou chronique, continue, rémittente ou intermittente.

La manie, la mélancolie, les formes aiguës, ont d'abord une marche assez régulière ; elles vont progressivement croissant, mais après les premières semaines, on remarque de nombreuses variations. Ce qui dans la *première période* était étranger au délire, a disparu pour le laisser se développer, sans complications. L'état aigu dure ainsi des semaines, des mois, avec des alternatives d'excitation, puis de dépression, et des périodes intercalaires dans lesquelles il semble que l'intelligence va reprendre le dessus. Ces périodes de rémission ne sont pas de longue durée. Le délire reparaît avec son caractère dominant. La démence avec paralysie générale offre souvent à son début des rémissions remarquables. Nous avons vu des malades, après des accidents convulsifs épileptiformes, reprendre presque toute leur activité cérébrale, et pour cinq à six mois, et plus même, laisser croire à tout leur entourage que la guérison était complète. Puis les accidents congestifs revenaient et la démence les suivait, devenant plus évidente à chaque nouvel accès, jusqu'à ce que l'intelligence ait complétement disparu.

Le passage de l'état aigu à la *chronicité* se fait d'une manière souvent insensible quand le délire persiste après une année, il y a bien lieu de craindre qu'il ne disparaisse jamais. Ce qui peut faire soupçonner la chronicité, c'est le retour à quelques-unes des habitudes passées, une amélioration de l'état physique ne coïncidant pas avec une amélioration parallèle dans l'état mental ; le retour des règles, l'embonpoint, etc. Du côté de l'intelligence, un état plus uniforme, et ce que Falret a si bien décrit sous le nom de *délire stéréotypé* (1). — Il y a bien d'autres nuances encore, mais qui ne peuvent être saisies que par un œil exercé, et qu'il serait sans intérêt de reproduire ici.

La *durée* de la folie est variable : ce serait s'exposer à l'erreur que de hasarder quelque assertion sur les données que nous ont transmises les auteurs. La folie peut durer de quelques jours à plusieurs années.

La durée moyenne des accès de manie ou de mélancolie aiguë, est de six à huit mois. Esquirol répétait assez volontiers que « les manies de printemps guérissaient à l'automne ». Sans rien avoir d'absolu, cette opinion trouve bien souvent sa confirmation dans les faits. Toutefois, il y a des guérisons bien plus rapides. Les folies hystériques, par exemple, peuvent se juger dans l'espace de quelques semaines ; nous aurons occasion d'y revenir. Disons en passant, que, dans ce cas, le délire revêt le caractère d'extrême mobilité de la névrose, et qu'il échappe à toute délimitation fixe. Les folies alcooliques, le *delirium tremens* entre autres, n'ont qu'une durée fort courte. La paralysie générale parcourt ses périodes en dix-huit mois ou deux ans.

La folie peut *se terminer* par la guérison, la chronicité, ou la mort. Le retour à la santé ne se fait pas brusquement, et les terminaisons par de vives secousses,

(1) J. P. Falret, *Des maladies mentales et des asiles d'aliénés*. Leçons cliniques et considérations générales. Paris, 1864, p. 194.

par des émotions, est singulièrement rare. Ce qu'il y a de plus commun, c'est une amélioration lente, graduelle, avec des rechutes suivies bientôt d'une période de retour, et après lesquelles la convalescence s'établit franchement. Les crises sont assez rares en aliénation mentale; celles qu'on observe, ce sont des éruptions furonculeuses, le rétablissement de la menstruation, des épistaxis, ou des sueurs abondantes. La terminaison est d'ailleurs soumise à une foule de circonstances parmi lesquelles les plus importantes sont la forme de la maladie, son ancienneté, ses causes, etc. La chronicité est malheureusement fort commune; elle conduit la plupart du temps à la démence. La mort survient souvent au milieu des accès de manies suraiguës : les malades succombent dans un état d'épuisement nerveux. M. Brierre de Boismont a décrit sous le nom de *délire aigu des maisons d'aliénés* (1) une forme dans laquelle les sujets succombent rapidement après avoir passé par toutes les phases de l'agitation la plus violente. Chez les déments paralytiques, la mort arrive soit au milieu d'accès convulsifs épileptiformes, soit dans un état d'épuisement complet, avec eschares gangréneuses de tous les côtés. Beaucoup d'aliénés périssent accidentellement; dans les folies sympathiques ils succombent aux progrès de l'affection sous la dépendance de laquelle est placé le délire (2). Ils peuvent succomber encore à des affections intercurrentes, telles que des pneumonies, des hémorrhagies cérébrales, des affections organiques du cœur, etc. (3).

Esquirol avait fixé la mortalité ainsi qu'il suit : *manie*, 1 sur 25; *monomanie*, 1 sur 16; *lypémanie*, 1 sur 12; *démence*, 1 sur 3. Relativement au sexe, la mortalité serait plus considérable chez les hommes.

Lésions anatomiques.

Les auteurs français et étrangers qui ont publié le résultat de l'ouverture des corps chez les aliénés ont cité des cas de folie sans lésion, au moins apparente, du cerveau. Quant aux cas qui ont offert des altérations auxquelles ils ont cru devoir rapporter la folie, Leuret (4) les a discutés, et après avoir passé en revue le degré d'épaisseur des os du crâne, les lésions des méninges, l'injection sanguine, l'atrophie, l'hypertrophie du cerveau, les modifications survenues dans la densité ou la couleur de cet organe, l'adhérence contractée par les méninges avec les circonvolutions cérébrales, le développement des granulations à la surface des ventricules, et l'union des plans fibreux dont seraient composés, d'après Foville, les hémisphères cérébraux, il arrive à ces conclusions : « 1° On a accumulé, sans esprit de critique, toutes les altérations rencontrées, ou que l'on a cru rencontrer dans le cerveau des individus morts après avoir été atteints d'aliénation mentale; 2° on a attribué le désordre de l'intelligence et des passions à ces altérations réelles ou supposées; 3° on a négligé de tenir compte des altérations compatibles avec l'intégrité de l'intelligence; 4° en ce qui concerne les altérations propres aux aliénés, on n'a pas fait la part des symptômes physiques et celle des symptômes psychiques. »

Leuret ajoute : « Je ne voudrais pas conclure de là que le cerveau des aliénés

(1) Brierre de Boismont, *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, 1845, t. XI.
(2) Loiseau, *Folie sympathique*, thèse inaugurale. Paris, 1856.
(3) Thoré, *Maladies incidentes chez les aliénés* (*Annuaire médical psychologique*, t. III, IV, V).
(4) Leuret, *Traitement moral de la folie*.

n'ait éprouvé aucune altération, même dans les cas où l'aliénation se montre libre de toute autre complication morbide. J'admets, dans la production de la folie, l'influence de certaines causes physiques ; j'admets également que les lésions organiques du cerveau sont plus fréquentes chez les aliénés que chez toute autre espèce de malades. Mais, quant à l'altération qui serait la cause immédiate de la folie, je nie que personne l'ait ndiquée. » Les recherches d'Esquirol et de Lélut conduisent au même résultat.

Une exception peut néanmoins être faite pour l'aliénation avec paralysie générale. Il est peu d'affections dont la lésion anatomique soit plus constante, plus caractéristique. Variable en étendue suivant la période plus ou moins avancée de la maladie pendant laquelle a succombé l'aliéné, elle présente des altérations du côté des membranes, du côté de l'encéphale lui-même.

Si l'on a affaire à une lésion depuis longtemps établie, ayant lentement parcouru les périodes de son évolution, on trouve la dure-mère sillonnée de vaisseaux gorgés de sang, et comme variqueux. Les sinus sont pleins tantôt de sang coagulé en longs caillots noirâtres, tantôt de sang noir. Quand la dure-mère est ouverte, il s'écoule une quantité toujours considérable de liquide séreux. L'aspect du cerveau est celui d'un organe où les congestions se sont répétées, où elles sont établies même d'une manière permanente. Des dépôts plastiques, d'apparence gélatineuse, se remarquent en diverses places, le plus souvent vers les régions temporales (1). La pie-mère est le siége d'une injection généralisée, elle a perdu son aspect habituel, elle est plus épaisse, et l'altération caractéristique, c'est son adhérence à la surface des circonvolutions. Si on la soulève avec une pince, elle entraîne avec elle des lambeaux de substance grise ramollie qui se laisse déchirer dans une étendue plus ou moins considérable. Au-dessous de la substance grise ramollie, la substance blanche est indurée. Cette lésion est constante, elle varie seulement du plus au moins, et tous les auteurs qui se sont occupés d'aliénation mentale l'ont reconnue. Foville (2), Calmeil (3), Lélut (4), Parchappe (5), Baillarger (6), Brunet (7), Lunier et

(1) Voyez Mémoire de MM. Charcot et Vulpian, *Néomembranes de la dure-mère*. — Lancereaux, *Pachyméningite hémorrhagique* (*Arch. de méd.*, 1863). — Christian, *La pachyméningite*, thèse inaug. Paris, 1865.

(2) Foville, *Traité complet de l'anatomie, de la physiologie et de la pathologie du système nerveux cérébro-spinal*. Paris, 1844.

(3) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*, ou Histoire anatomo-pathologique des congestions encéphaliques, du délire aigu, de la paralysie générale ou périencéphalite chronique diffuse, du ramollissement cérébral, de l'hémorrhagie cérébrale. Paris, 1859.

(4) Lélut, *Inductions sur la valeur des altérations de l'encéphale dans le délire aigu et dans la folie*. Paris, 1836.

(5) Parchappe, *Recherches sur l'encéphale, sa structure, ses fonctions et ses maladies*. Paris, 1836-1838. — *Traité théorique et pratique de la folie*. Observations et documents nécroscopiques. Paris, 1841.

(6) Baillarger, *Du siége de quelques hémorrhagies meningées* (*Archives de médecine*, 1834, et thèse). — *Recherches sur la structure de la couche corticale des circonvolutions du cerveau* (*Mémoires de l'Académie de médecine*, t. VIII). — *De l'étendue de la surface du cerveau et de ses rapports avec le développement de l'intelligence*, lu à l'Académie de médecine (séance du 15 avril 1845). — *Du mode de formation du cerveau* (*Annales médico-psychologiques*, novembre 1843).

(7) D. Brunet, *Recherches sur les néomembranes et les kystes de l'arachnoïde*, thèse de doctorat en médecine. Paris, 30 avril 1862.

Luys (1), ont donné dans diverses publications les détails les plus intéressants sur les lésions anatomiques de l'aliénation mentale.]

Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Reconnaître si une personne est folle, à quelle forme de folie appartient le dérangement de la raison, distinguer la folie des autres maladies avec lesquelles on peut la confondre, telles sont les trois questions dont la solution résume le diagnostic de l'aliénation mentale.

1° Au premier abord, il semble que rien n'est plus facile que de distinguer un homme fou d'un homme qui a conservé sa raison, et cependant il est beaucoup de cas où il est loin d'en être ainsi. « Il ne m'a pas été possible, dit Leuret (2), quoi que j'aie fait, de distinguer par sa nature seule une idée folle d'une idée raisonnable. J'ai cherché, soit à Charenton, soit à Bicêtre, soit à la Salpêtrière, l'idée qui me paraîtrait la plus folle ; puis, quand je la comparais à un bon nombre de celles qui ont cours dans le monde, j'étais tout surpris et presque honteux de n'y pas voir de différence..... Ce qui est *trouble* ici, est là un état *physiologique*..... Avec les mêmes idées, on peut être regardé comme sage ou aliéné : cela dépend du temps dans lequel on vit, du caractère et du degré d'instruction des personnes dont on est entouré. L'homme est la mesure de tout, notre raison est la mesure de la folie des autres (3). » Ne trouvant pas dans la *fausseté des idées* un caractère qui n'appartînt qu'à la folie, Leuret l'a cherché ailleurs : « A la *fausseté* des idées, dit-il, il m'a fallu joindre leur *fixité* et leur *cohésion anormale*. Un homme prend des pierres pour des métaux précieux : idée fausse ; rien ne peut le détourner de cette croyance : idée fixe ; chaque fois qu'il voit une pierre, l'idée qu'il y a jointe revient nécessairement : cohésion anormale. »

Ces traits qui peuvent nous servir à caractériser la folie, ne sont pas toujours apparents, faciles à constater. En présence de cas où le dérangement de la raison est douteux, parce qu'il peut être *simulé*, *dissimulé*, *imputé* (et l'on comprend dans quel embarras ces conditions peuvent jeter le médecin), il faudra s'entourer de tous les moyens capables de conduire à la découverte de la vérité. Ces moyens ont été indiqués par Georget (4), et surtout par Marc (*loc. cit.*).

On prendra des renseignements sur l'état antérieur de l'individu soumis à l'observation ; on demandera s'il y a des aliénés dans sa famillle ; s'il a déjà eu des accès de folie ; s'il a été exposé à des causes qui la font naître ; on cherchera quels changements se sont opérés dans ses habitudes, ses goûts, etc. ; on l'interrogera à plusieurs reprises, tantôt dans un endroit, tantôt dans un autre ; on le placera de manière à l'observer sans qu'il s'en doute ; on l'invitera à écrire : le dément oublie des mots, le monomaniaque parle de l'objet de son délire. « Lorsqu'une personne est traitée comme aliénée, et qu'elle prétend ne pas être folle, on lui demande quels motifs on pourrait avoir de la persécuter ; et alors, soit qu'elle divague sur-le-champ, en invoquant des motifs invraisemblables ou ridicules, soit qu'elle parle

(1) Luys, *Recherches sur le système nerveux cérébro-spinal, sa structure, ses fonctions et ses maladies*. Paris, 1865.
(2) Leuret, *Fragments psychologiques sur la folie*.
(3) Leuret, *loc. cit.*
(4) Georget, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. XIII, art. Folie.

un langage raisonnable, on recueillera dès cet instant des renseignements précieux. » La folie offre dans son cours des intervalles de *lucidité* complète; certains individus cèdent à une impulsion dont ils reconnaissent la fausseté, et à laquelle ils *ne peuvent résister*.

2° La folie une fois reconnue, le médecin cherchera à la rattacher à une des formes que nous avons établies. Cette conduite a une certaine importance que nous ferons mieux ressortir à l'occasion du pronostic. Les caractères que nous avons assignés à chacune des formes décrites suffisent pour classer la maladie que l'on a sous les yeux. Certaines formes peuvent se trouver réunies ou se succéder chez le même individu.

3° Pour distinguer la folie des autres maladies avec lesquelles elle pourrait être confondue, il faut se rappeler que dans un grand nombre de cas elle existe isolée de tout symptôme physique; que souvent, quand ceux-ci existent, ils paraissent sous la dépendance immédiate du trouble de l'intelligence, qui domine presque toujours.

Quand la folie s'accompagne de *paralysie* ou d'autres symptômes physiques, elle a quelquefois de l'analogie avec certaines affections des centres nerveux : ainsi on pourrait confondre la manie, avec la *méningite*, avec le *délire d'une affection fébrile aiguë;* la *démence des paralytiques*, avec le *ramollissement cérébral.* La marche de la maladie est d'un très-grand secours pour ce diagnostic. (Comparez les symptômes qui ont été décrits dans cet article avec ceux qui sont exposés dans les articles MÉNINGITE, RAMOLLISSEMENT, ABCÈS DU CERVEAU.)

Pronostic. — La folie doit être regardée comme une maladie grave, les troubles qu'elle entraîne étant, dans un bon nombre de cas, au-dessus des ressources de l'art. La gravité du pronostic est subordonnée à certaines conditions dont l'influence sur l'issue de l'affection ne paraît pas douteuse.

L'hérédité, l'âge avancé, un accès de folie antérieur, l'ancienneté du mal, sont des circonstances qui diminuent les chances de guérison. « Les causes morales qui agissent promptement, comme la colère, la frayeur, etc., sont une circonstance favorable; celles qui agissent lentement, telles que les chagrins, les scrupules religieux, etc., laissent moins de chances de succès. » (Esquirol.) La folie causée ou entretenue par des hallucinations est très-difficile à guérir. La manie guérit plus souvent que la monomanie; la démence est pour l'ordinaire incurable; la folie avec paralysie a paru jusqu'à présent au-dessus des ressources de l'art. Selon Esquirol, la folie offre plus de guérisons au printemps et à l'automne; celle qui est compliquée d'épilepsie ne guérit pas.

La nature du traitement a une influence marquée sur l'issue de la maladie.

La folie est une maladie dont les *récidives* sont fréquentes, mais nous ne saurions dire avec précision quelles sont les circonstances qui favorisent ou éloignent ces fâcheuses conditions.

§ VII. — Traitement.

La folie peut ne consister que dans le trouble de la raison ou s'accompagner de symptômes physiques [le traitement aura donc à répondre à l'une ou à l'autre de ces indications].

1° *Traitement moral.* — Indiqué par Daquin, Pinel et Esquirol, qui ne l'avaient employé qu'avec une réserve timide, quoique avec succès, le traitement moral a été pour la première fois érigé en méthode et formulé par Leuret, qui, dans un ouvrage plein d'intérêt (1), l'a exposé avec de nombreux développements.

Le traitement moral de la folie se compose des moyens qui s'adressent à l'intelligence et aux passions des aliénés. Ces moyens, comme on le pense, sont extrêmement nombreux; ils varient en quelque sorte comme le malade qui en est l'objet, le lieu où l'on se trouve, etc., etc. : l'exercice de la mémoire, la lecture, le dialogue, le récit de pièces empruntées à des sujets intéressants, à quelques comédies, par exemple ; pour ces dernières, Leuret préférait les pièces gaies ; il ne veut rien de dramatique, et repousse tout ce qui prêterait à des allusions inconvenantes. Quant aux acteurs, il ne prend pas ceux qui peuvent le mieux réciter leur rôle, mais ceux auxquels le rôle doit être le plus utile : ainsi les apathiques, les lypémaniaques, sont ceux qu'il s'efforce le plus de mettre en avant; car son but est, on le comprend bien, non pas de faire jouer la comédie, mais de guérir les malades. Il en est de même pour le chant, la musique, la danse, le dessin, la gymnastique, les évolutions militaires, le travail à la terre, les exercices corporels, etc., etc. Le temps consacré à l'étude, celui pendant lequel on récite ce qu'on a appris, on travaille pour remplir une tâche, est enlevé à la maladie. On contracte peu à peu l'habitude de se délivrer des préoccupations maladives auxquelles on est en proie, et ces préoccupations, si le médecin est assez longtemps maître de son malade, finissent par se dissiper.

Quelquefois Leuret provoquait des idées tristes ; dans ces cas, c'est pour prévenir des idées plus tristes encore, pour faire rechercher le plaisir et en donner. D'autres fois il s'attache à rendre pénibles les idées déraisonnables, afin que le malade fasse effort pour les repousser ; alors il a toujours le soin d'en suggérer d'autres conformes au bon sens, et auxquelles il tâche de donner l'attrait du plaisir.

La *douche* et les *affusions froides*, que l'on retrouve dans le traitement physique, ont été employées par Leuret comme moyens propres à agir sur le moral. Leuret en a constaté l'innocuité, et l'on a eu grand tort de lui reprocher d'y avoir recours. Assurément, si l'on y recourait inconsidérément, on serait blâmable ; mais lorsqu'on ne le fait que par nécessité, et surtout si, comme on le voit dans les observations de Leuret, on en retire les plus grands avantages, ce serait une faute de se priver d'un moyen aussi utile, parce qu'il peut causer au malade quelque contrariété. Tous les jours, en médecine, nous avons recours à des moyens beaucoup plus effrayants, sans qu'on puisse y trouver à redire. Et que deviendrait la chirurgie tout entière, si l'on se laissait guider par les principes timorés qui ont dicté ces objections ? Au reste, Leuret administrait la douche et les affusions le moins possible, mais il en fait souvent peur, et cette peur suffit fréquemment pour guérir les malades.

A la douche et aux affusions Leuret joignait les *exhortations* et les *raisonnements*, lorsque les malades sont dans un état tel qu'ils puissent les comprendre et en profiter.

Il conseillait en outre d'éveiller chez le malade une passion, un sentiment, qui

(1) *Traitement moral de la folie*. Paris, 1840.

viennent à votre secours, et d'entretenir cette passion, ce sentiment jusqu'à ce qu'ils aient vaincu : ainsi il emploie concurremment la crainte de la douche, des affusions, des bains répétés, la peur du ridicule, un soupçon injuste, etc. Dans un cas de folie ambitieuse, par exemple, Leuret partait de ce principe : « Croire, dit-il, que l'on est grand seigneur, bien qu'on ne le soit pas, c'est une maladie ; le remède à cette maladie, c'est la douche et l'eau froide ; tant que la maladie durera, nous emploierons le remède ; dès qu'elle sera passée, nous cesserons. Le malade qui se voit dans l'alternative ou d'être grand seigneur et de souffrir, ou de cesser d'être grand seigneur et de ne plus être soumis à aucune contrariété, ne tarde pas à laisser là ses dignités et ses titres. »

Souvent Leuret *tendait des piéges* aux aliénés qui, après la douche ou tout autre moyen destiné à provoquer une rétractation, paraissent raisonnables : il revient à eux, ayant l'air de se repentir des observations qu'il leur a faites, de la peine qu'il leur a causée, et s'ils s'y laissent prendre, il leur montre en quoi ils ont failli, pour qu'ils soient en garde constamment contre eux-mêmes. Comme, dans cette espèce de lutte, son objet n'est pas de punir, mais de guérir, il a soin de proportionner les ruses au degré d'intelligence des malades. Quelquefois sa question dicte pour ainsi dire une réponse raisonnable ; d'autres fois, il faut être, pour ne pas s'y laisser prendre, complétement affermi dans sa raison.

Leuret *proscrit l'isolement absolu ;* les idées et les passions sont aussi nécessaires à l'intelligence que les aliments à l'estomac. L'isolement amène la perte de la mémoire et de l'imagination. L'aliéné doit être rendu le plus possible aux habitudes ordinaires de la vie ; les *repas pris en commun* atteignent ce but. A cet effet, Leuret fit le premier, à l'hospice de Bicêtre, l'établissement d'un réfectoire ; cet exemple fut suivi plus tard à la Salpêtrière et dans d'autres maisons d'aliénés. C'est un moyen de faire manger proprement les malades, d'encourager à manger ceux qui, par mauvais vouloir ou par oubli, pourraient en être privés ; enfin c'est une ressource de plus pour établir entre eux des rapports de société et les distraire.

Un tort grave, selon Leuret, est de condescendre aux idées des malades. On croit rendre service à un aliéné en lui donnant la qualité qu'il s'attribue ; c'est souvent ce qu'on peut faire de plus mal, car c'est doubler la maladie que de flatter l'idée délirante d'un homme qui n'a pas d'autre phénomène de la folie.

Enfin Leuret recommandait d'une manière générale d'employer avec les personnes délicates, les natures sensibles, les plus grands ménagements ; avec les hommes incultes, apathiques, engourdis, une volonté opiniâtre et de la vigueur.

Le médecin doit avoir pour but de se rendre maître de ses malades ; mais il n'atteindra jamais ce but s'il ne multiplie presque à l'infini ses moyens d'action ; en un mot, il cherchera dans l'esprit de ceux qu'il veut guérir un levier qui, mis en mouvement, redonne à l'entendement l'énergie et la rectitude qu'il a perdues.

Le médecin qui s'occupe du traitement des aliénés doit étudier avec grand soin sur les malades la combinaison habile de ces divers moyens. Chaque aliéné demande quelque soin particulier. Il faut chercher dans son caractère, dans son éducation, dans ses antécédents, un point accessible qui serve de point de départ à tout le traitement. C'est surtout dans la lecture des observations publiées par Leuret qu'on trouvera des exemples utiles. Tous ceux qui les liront sans prévention seront frappés de la puissance de ce traitement, lorsqu'il est dirigé par un esprit habile et

ingénieux. C'est avec admiration qu'on voit des malades qui semblaient voués à une aberration mentale complète pour le reste de leurs jours, perdre peu à peu, et pour ainsi dire une à une leurs idées délirantes, et pouvoir enfin reprendre leur place dans la société.

Bien plus, le traitement moral étant une éducation nouvelle, bien dirigée, on voit, ainsi que Leuret en a cité des exemples, des sujets mal élevés, et dont la mauvaise éducation a été la cause première de la folie, devenir, après le traitement, beaucoup moins imparfaits qu'avant leur maladie. C'est là un des plus beaux résultats du traitement moral.

2° *Traitement physique.* — Les *émissions sanguines*, tour à tour proscrites et vantées, ont trouvé dans Pinel leur plus puissant adversaire ; déjà Daquin s'était élevé contre l'abus qu'on en faisait. Esquirol en fit un usage plus judicieux ; Haslam et Rush (1) en recommandèrent vivement l'emploi, et ce dernier voulait qu'elles fussent plus abondantes que dans toute autre affection aiguë. On a eu recours, pour tirer du sang, aux *sangsues* appliquées aux tempes, derrière les oreilles, au cou, à l'anus, etc. ; à la *saignée du bras*, du pied, du cou, de l'artère temporale ; aux *ventouses scarifiées* à la nuque, derrière les épaules, etc., etc. Georget donnait généralement la préférence aux saignées locales ; il en est de même de Broussais (2). C'est surtout quand il s'agit des émissions sanguines que l'appréciation des cas auxquels on les applique est importante, et c'est ce qui explique l'incertitude dans laquelle nous ont laissés, à leur sujet, ceux qui ont envisagé leur emploi d'une manière générale.

De tout temps les *purgatifs* ont été conseillés dans la folie ; on connaît la réputation dont a joui l'*ellébore* chez les anciens. « Les purgatifs, dit Esquirol, causent souvent de l'irritation ; ils suspendent l'activité de la peau : pour prévenir ces accidents ou leurs effets consécutifs, il faut les alterner avec des bains tièdes. » Parmi les substances les plus commodément employées se trouve l'extrait de *gratiole officinale ;* Jos. Frank l'administrait à la dose de 1 gramme et demi à 4 grammes dans les vingt-quatre heures ; on donne aussi la *gomme-gutte*, l'*aloès*. Chrestien (de Montpellier) regarde la *coloquinte*, administrée en frictions sur le ventre, presque comme un spécifique. On emploie également le *calomel*, les *sels neutres*, l'*huile de croton tiglium*, etc., etc.

Les *vomitifs*, vantés par Cox, rejetés par Haslam, sont regardés comme nuisibles par Daquin. Cox (3) a fait prendre jusqu'à douze grains ($0^{gr},60$) d'émétique par jour, à doses fractionnées. Quelques auteurs ne prescrivent l'émétique qu'à dose nauséeuse, et conseillent de le mêler aux aliments. J. Frank s'opposait vivement à cette pratique.

Parmi les *narcotiques*, l'opium, vanté par Cullen et Daquin, est rejeté par Cox. Esquirol le proscrit presque complétement. La *jusquiame* a été préconisée par Fothergill (4) ; Greding a mis en doute son efficacité. Le *datura stramonium* a été administré par Stork, Bell, Gunther ; Moreau (5) a prescrit cette substance à assez

(1) Haslam and Rusch, *On the diseases of the human mind*. New-York, 1812.
(2) Broussais, *De l'irritation et de la folie*. Paris, 1839, 2 vol. in-8.
(3) Cox, *Pratical observ. of the insanity*.
(4) Fothergill, *Mem. of the Soc. of London*.
(5) Moreau, *Gazette des hôpitaux*, octobre 1842.

haute dose (35 à 40 centigrammes en commençant par 2 centigrammes et augmentant graduellement) aux sujets affectés d'*hallucinations*. Dans quelques cas il a triomphé par ce moyen de ce symptôme fâcheux. La *belladone* a été donnée avec succès par Greding et J. Frank à la dose de 5 à 15 centigrammes d'extrait, deux ou trois fois par jour. Il faut le répéter, ces indications générales n'ont qu'une utilité médiocre.

Dans les *antispasmodiques*, nous trouvons le *musc* vanté par Gmelin, le *camphre* conseillé par Etmuller, Sennert, Werlof. Locher l'administrait sous la forme suivante :

♃ Sucre	8 gram.	Gomme arabique	8 gram.
Camphre	2 gram.		

Mêlez et ajoutez :

Vinaigre chaud	15 gram.	Sirop de fleur de coquelicot	30 gram.
Eau de fleur de sureau	180 gram.		

Il faut donner cette mixture jusqu'à ce qu'il se manifeste un léger mouvement fébrile.

Ajoutons la *digitale*, louée par Cox, Perfect, Currie (1), Sanders (2) ; le *quinquina*, administré tantôt comme tonique, tantôt comme antipériodique ; le *fer ;* le *mercure*, donné comme spécifique, dans des cas où l'on a cru pouvoir attribuer la production de la folie à des affections syphilitiques antécédentes. L'*iodure de potassium* peut être mis en usage dans des circonstances analogues.

Parmi les *révulsifs*, on a eu recours aux *vésicatoires*, au *séton*, aux *cautères* à la nuque, aux bras, aux épaules ; au *moxa*, au *fer rouge* à la nuque ; aux frictions avec la *pommade stibiée* sur le cuir chevelu. Le *galvanisme* et l'*électricité* comptent quelques partisans.

L'*eau* a été administrée de toutes les manières : Avenbrugger, Hufeland, conseillent l'*eau froide à l'intérieur*, bue à la dose d'un verre toutes les heures : Theden fut guéri d'une lypémanie suicide en buvant jusqu'à 25 ou 30 litres d'eau dans les vingt-quatre heures. On a recommandé les *lavements d'eau simple*, la *glace* sur la tête, les *bains tièdes*, *froids*, les *bains de surprise*, d'*affusions*, les *douches*, les *bains de pieds*, etc.

3° *Indications à suivre dans le traitement de la folie.* — Comment reconnaître les cas qui exigent l'emploi des agents physiques ou des agents moraux ? « Plusieurs médecins, dit Leuret, se sont sérieusement demandé si l'un de ces genres de traitement mériterait la préférence sur l'autre. Que répondre à cette question ? Une seule chose : c'est qu'on ne peut pas y répondre. En effet, demanderait-on si, dans les affections de poitrine, les antiphlogistiques doivent être préférés aux dérivatifs ? Ce qu'il importe avant tout, dans le traitement des maladies, c'est la connaissance des indications à remplir, et, pour acquérir cette connaissance, il faut, s'il s'agit de folie, distinguer les symptômes qui tombent sous les sens de ceux qui sont accessibles seulement à la pensée, et se faire raconter quels ont paru d'abord, quels ont suivi, afin, s'il se peut, d'en établir la filiation (3). »

(1) Currie, *Mem. of the Soc. of London.*
(2) Sanders, *Essai sur la digitale pourprée*, trad. de l'anglais. Paris, 1812. — Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1835, t. III, p. 1 et suiv.
(3) Leuret, *Des indications à suivre dans le traitement moral de la folie.* Paris, 1846.

Pour faire voir comment des maladies, en apparence analogues, ont dû cependant être traitées par des moyens différents, Leuret cite deux exemples remarquables. « Dans les deux cas, il s'agit de mères de famille portées au suicide; toutes deux avaient des idées fausses, des conceptions délirantes, un profond désespoir. Des symptômes physiques existaient chez chacune d'elles, mais le point de départ en était différent : dans un cas, ils avaient précédé et occasionné le dérangement de la raison; dans l'autre, une disposition vicieuse de l'esprit, un très-grand abandon de la volonté, une condescendance habituelle à des caprices multipliés, avaient occasionné l'aliénation mentale, et les symptômes physiques n'étaient que la conséquence de cette aberration. Le traitement curatif a consisté, chez la première malade, dans l'emploi des moyens physiques; chez la seconde, les moyens moraux ont été les véritables agents de la guérison. » (Leuret.)

Dans certains cas d'aliénation mentale, il faut un traitement physique; dans d'autres, il faut un traitement moral; il en est enfin qui demandent un traitement mixte : des exemples sont donnés à l'appui de ces conclusions dans le mémoire de Leuret.

Quant à l'emploi des *moyens moraux*, dont l'usage est aujourd'hui généralisé : « Ne demandez pas, dit Leuret, à celui qui fait la médecine mentale, autre chose que ce qu'il peut donner. Voulez-vous qu'il prescrive à ses malades la joie, l'amour, la frayeur, l'espérance, comme il prescrirait un bain, une saignée, une dose de rhubarbe? Il n'y a pas de préceptes, il ne peut pas y en avoir; il y a seulement des indications, et ces indications varient à l'infini, car elles dépendent de la nature d'esprit du malade, de son caractère, de l'éducation qu'il a reçue, de son âge, de son sexe, de la forme, des causes et de la durée de son délire, de sa position sociale : elles dépendent encore de ses relations habituelles, de ce qu'il a fait, vu, entendu autrefois, hier, à l'instant; toutes choses sans nombre, et dont les combinaisons varient à l'infini; elles dépendent aussi, et tout autant, du médecin, de son caractère, de son activité, de ses ressources, enfin de ce qui, dans l'esprit d'un homme, peut agir sur l'esprit d'un autre homme. »

Georget recommande la saignée *dans presque tous les cas de surexcitation et de congestion cérébrale*, et, dans ce cas, la déplétion sanguine doit être combinée avec des applications réfrigérantes sur la tête et l'action d'agents révulsifs. Haslam, Esquirol, la réservent pour les cas de *pléthore*. Suivant Esquirol, qui rejette les narcotiques, l'*insomnie opiniâtre* ne justifie pas l'emploi de l'opium ; le régime, l'exercice, le travail, les bains tièdes ou frais, sont dans ce cas les véritables remèdes. Les applications de glace sur la tête, le corps étant dans un bain tiède prolongé deux ou trois heures et renouvelé deux fois, trois fois même par jour, suivant l'intensité des accidents, est, pour Foville, le genre de traitement qu'on doit appliquer de préférence *dans la plupart des cas d'aliénation mentale récente*, quelle qu'en soit la forme, *pour peu qu'il y ait chaleur à la tête*, *rougeur des yeux*, enfin quelque signe d'excitation cérébrale.

Brierre de Boismont a lu à l'Académie des sciences un travail très-intéressant sur l'emploi des *bains prolongés et des irrigations continues* (1) dans le traitement des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie.

(1) Publié dans les *Mémoires de l'Académie de médecine*. Paris, 1847, t. XIII, p. 537 à 599.

« Les formes aiguës de la folie, et de la manie en particulier, peuvent être guéries dans un espace de temps compris entre une et deux semaines. Le traitement à employer consiste dans les bains prolongés et les irrigations continues. Le ralentissement de la circulation et de la respiration, l'introduction d'une grande quantité d'eau dans l'économie, la réfrigération générale et graduée, démontrent que ces bains ont une action essentiellement calmante et sédative; la durée des bains doit être, en général, de dix à douze heures; elle peut être prolongée jusqu'à quinze à dix-huit heures. Les irrigations qu'on associe aux bains doivent être continuées pendant toute leur durée; on peut les suspendre quand le malade est tranquille. Lorsque les malades ont pris huit à dix bains sans amélioration marquée, ou qu'ils maigrissent à vue d'œil et que leurs traits s'altèrent, il faut les cesser; on pourra plus tard les prescrire de nouveau. Les bains doivent être donnés à la température de 28 à 30 degrés centigrades, et les irrigations à celle de 15 degrés.

» De toutes les formes de la folie, celle qui cède le mieux à l'action des bains prolongés et des irrigations continues est la *manie aiguë;* viennent ensuite le *délire aigu simple*, le *délire des ivrognes*, la *manie puerpérale*, et les *monomanies avec symptômes aigus;* mais dans plusieurs de ces formes les guérisons ne sont ni aussi rapides ni aussi constantes que dans la manie aiguë. La période de convalescence doit être surveillée avec soin, parce que les rechutes ne sont pas rares, lorsque les individus sont trop brusquement exposés à l'influence des causes qui ont occasionné la maladie. Lorsque la manie aiguë se rapproche du délire aigu à forme ataxique et avec refus de boissons, le traitement est sans efficacité. La *manie ancienne* ou *aiguë prolongée*, la *manie chronique avec agitation*, ont été améliorées, mais n'ont point guéri par ce traitement.

» On peut affirmer que les guérisons des formes aiguës de la folie, et en particulier de la manie, sont plus nombreuses et plus promptes par les bains prolongés et les irrigations que celles obtenues par les autres méthodes; car, tandis que par celles-ci la durée moyenne du traitement est d'environ six semaines, elle n'est que de huit jours par celle des bains prolongés et des irrigations. Les bains prolongés et les irrigations continues nous paraissent devoir être très-utiles dans les *affections* hystériques et dans plusieurs autres maladies nerveuses avec excitation.

» Les bains prolongés sont sans inconvénient, la fatigue qu'ils peuvent occasionner se dissipant avec rapidité; ils ne privent l'organisme d'aucun principe important, et ils ne laissent point après eux ces débilitations profondes si souvent observées après les saignées abondantes, et dont la démence a été plus d'une fois la terminaison fatale. L'emploi des bains prolongés n'est pas nouveau dans la science; mais jusqu'à présent, cette méthode, d'une application facile et qui peut être essayée partout, n'avait point été formulée de cette manière. Leur union avec les irrigations continues constitue d'ailleurs un progrès nouveau. » (Brierre de Boismont.)

Les *hallucinations* ont été depuis longtemps regardées comme très-rebelles aux moyens thérapeutiques. Dans ces derniers temps, Moreau a publié quelques observations de guérison d'hallucinations par le *datura stramonium* pris à l'intérieur. Leuret (1) a rapporté des cas de guérison chez des hallucinés à l'aide du *traitement*

(1) Leuret, *Traitement moral de la folie.*

moral, et, dans son travail sur la folie causée par l'abus des spiritueux, Marcel a constaté l'efficacité des agents moraux dans cette affection, dont les principaux symptômes sont des aberrations sensoriales.

La *paralysie des aliénés* est à peu près incurable. On a cité une ou deux guérisons sur cent cas, mais sans qu'on puisse être bien certain que les cas de ce genre n'eussent pas quelque chose de particulier, et aussi sans qu'on puisse en tirer des inductions véritablement utiles pour le traitement. Ce traitement n'est donc presque toujours, et peut-être même toujours, que palliatif. Il consiste dans le repos, le séjour à la campagne, les bains, les purgatifs, les révulsifs, les affusions froides. Dans un cas, Lisle a obtenu un succès complet en employant la *cautérisation transcurrente* le long de la colonne vertébrale.

On prescrit généralement la *saignée* et les *sangsues;* mais il faut bien prendre garde d'abuser de ces moyens, on jetterait les malades dans un état de débilité excessive qui hâte la terminaison funeste. Le mieux est, lorsque la maladie est bien constatée, de se borner aux soins hygiéniques et à la *cautérisation transcurrente*, et de n'en venir à une autre thérapeutique que pour combattre les accidents intercurrents.

Todd Thomson (1) a rapporté un cas de guérison obtenue en vingt-deux jours après une *inflammation intense de la bouche et du pharynx due sans doute au mercure* que le malade avait pris.

Il arrive assez fréquemment que, dans diverses formes de la folie, les malades refusent de manger. C'est une indication particulière à ne pas négliger. Il faut les nourrir avec la sonde œsophagienne, et, à ce sujet, nous rappellerons la sonde imaginée par Leuret (2). Mais dans ces derniers temps, Baillarger en a inventé une très-ingénieuse, et généralement adoptée aujourd'hui.

Des indications spéciales peuvent se présenter, elles réclameront des agents qu'un médecin expérimenté saura varier suivant les besoins, suivant même tel ou tel caractère prédominant du délire. Dans les aliénations mentales causées par l'abus des boissons alcooliques, l'opium à haute dose a rendu d'incontestables services, toutefois il le faut manier avec la plus grande réserve; dans bien des cas, ceux d'une intensité moyenne entre autres, il est parfaitement inutile de l'administrer; quand les désordres atteignent leur summum de développement, il est nécessaire de le donner à doses assez élevées: nous n'avons pas vu qu'il ait déterminé des accidents; cependant, Desterne (3) et Marcel (4) ont cité des cas dans lesquels la mort était survenue après son emploi: est-ce bien le médicament qu'il faut accuser; ne serait-ce pas plutôt la gravité propre à certains accidents aigus de l'alcoolisme qui devrait être mise en cause? Quoi qu'il en soit, toutes les fois que le délire ne présentera pas de complications, il sera prudent de s'en tenir au traitement tempérant.

Dans plusieurs cas, cités par Lisle et dans lesquels la folie était causée par des

(1) Todd Thomson, *London medical Gazette*, août 1848.
(2) Leuret, *Archives de médecine*, 4e série, 1845, t. IX, p. 220.
(3) H. Desterne, *De la folie causée par l'abus des liqueurs alcooliques* (*Union médicale*, 3 novembre 1847, p. 563).
(4) Marcel, *De la folie causée par l'abus des boissons alcooliques*, thèse de doctorat. Paris, 1847.

pertes séminales involontaires, le traitement de cette affection (1), et principalement la *cautérisation de la prostate*, ont été suivis d'une guérison prompte et solide.

Les folies sympathiques, dont le diagnostic n'est pas toujours facile à établir, réclament des soins tout particuliers, et dans lesquels il faut surtout tenir compte de la maladie qui a préexisté à la folie. On cite plusieurs cas où la guérison d'une métrite chronique a fait cesser tous les accidents délirants ; il en est de même de l'expulsion d'ascarides, d'oxyures vermiculaires.

ARTICLE VI.

ANAPHRODISIE, SATYRIASIS, PRIAPISME, NYMPHOMANIE.

[L'anaphrodisie, le satyriasis, le priapisme, la nymphomanie, sont des troubles du système nerveux qui n'existent jamais isolément, et ne sauraient avoir pour nous d'autre importance que celle d'un symptôme. Ils sont liés, en effet, à d'autres affections, et c'est moins à eux que la médication s'adresse, qu'à la cause sous l'influence de laquelle ils sont apparus. Quelques lignes suffiront donc pour les faire connaître.]

A. L'**anaphrodisie** est, soit l'absence des désirs vénériens, soit l'impossibilité de l'érection du pénis. Il est rare que l'absence des désirs vénériens survienne avant un âge avancé, tandis que l'on observe à tous les âges et dans des circonstances très-diverses le défaut d'érection du pénis, qui est une des causes de l'impuissance.

On a vu la maladie se déclarer à la suite d'une continence trop prolongée, aussi bien qu'à la suite des excès vénériens, de la masturbation (2), de l'abus du tabac, des narcotiques. Les autres causes sont les passions tristes, et certaines maladies affectant les centres nerveux, ou produisant une débilitation générale : telles sont les maladies chroniques du cerveau, celles de la moelle, les pertes séminales involontaires, le diabète. — Il est des cas où l'anaphrodisie peut être regardée comme congénitale, et, dans ces cas, les organes génitaux sont mal conformés ou se développent très-peu. Enfin les cas ne sont pas rares où une *vive émotion* au moment de l'acte vénérien empêche seule l'érection ; mais, en pareil cas, il n'y a qu'une anaphrodisie passagère.

Les moyens à opposer à cette affection dépendent des causes qui l'ont produite. S'il y a débilitation de l'économie, on donnera des *toniques* et des *excitants généraux ;* en même temps on prescrira les *bains de siége froids*, les *lotions froides* sur le bassin, et puis les divers topiques excitants qui peuvent ranimer les organes génitaux. On a appliqué dans ce but l'*électricité*. Quant aux médicaments *aphro-*

(1) Voyez t. IV, art. PERTES SÉMINALES INVOLONTAIRES.

(2) Deslandes, *De l'onanisme et des autres abus vénériens considérés dans leurs rapports avec la santé*. Paris, 1835. — Lallemand, *Des pertes séminales involontaires*. Paris, 1836-1842. — Roubaud, *Traité de l'impuissance et de la stérilité chez l'homme et la femme*, comprenant l'exposition des moyens recommandés pour y remédier. Paris, 1855, 2 vol.— Acton, *Fonctions et désordres des organes de la génération chez l'enfant, le jeune homme, l'adulte et le vieillard*, sous le rapport physiologique, social et moral, traduit de l'anglais sur la troisième édition. Paris, 1863.

disiaques, les principaux sont les *cantharides* et le *phosphore;* mais on sait combien ces remèdes sont dangereux. Il faut surtout se garder de les prescrire lorsqu'on a quelque raison de croire que l'anaphrodisie dépend des progrès de l'âge, circonstance qui pourrait être cachée ou sur laquelle les sujets pourraient se faire illusion. Enfin les affections mentionnées plus haut seront traitées suivant les principes établis dans plusieurs des articles précédents : c'est le seul moyen de remédier à l'anaphrodisie qui est la conséquence de ces maladies (1).

B. Le **satyriasis** est une maladie fort rare dans tous les pays, et surtout dans nos régions. Elle consiste dans une érection continuelle du pénis, avec désir immodéré et presque insatiable de consommer l'acte vénérien.

Aujourd'hui tout le monde convient que, pour que le désir immodéré du coït mérite de trouver place dans le cadre nosologique, il faut qu'il y ait un dérangement des facultés intellectuelles, un état semblable à celui qui constitue la nymphomanie; car l'extrême tendance au coït qu'on remarque chez certains individus, raisonnables d'ailleurs, ne peut pas être considérée comme une maladie.

Ces causes sont une *continence excessive*, la *lecture de certains ouvrages qui exaltent l'imagination*, et aussi certaines *affections cérébrales.* On a voulu trouver la lésion essentielle de cette maladie dans le cervelet, qui dans le système phrénologique, préside aux fonctions génitales; mais on n'a pas fourni de preuves valables à l'appui de cette opinion. Nous verrons ailleurs les effets des *cantharides;* quand elles occasionnent le satyriasis, il y a délire (2).

L'*érection continuelle du pénis*, l'*éjaculation fréquente*, le *délire* et divers autres *troubles des facultés intellectuelles*, tels sont les symptômes du satyriasis. On a cité des cas (3) dans lesquels l'éjaculation avait eu lieu un nombre extrêmement considérable de fois (4), et s'était même reproduite très-peu de temps avant la mort.

Le satyriasis se distingue du *priapisme* en ce que celui-ci consiste dans l'érection permanente du pénis, sans désir insatiable d'accomplir l'acte vénérien. Le satyriasis est une maladie grave, non par suite de l'état des organes génitaux, mais parce qu'il est le plus souvent l'expression d'une affection redoutable.

Traitement. — Lorsqu'il existe une cause évidente de la maladie, c'est à combattre cette cause qu'il faut s'attacher. Les principaux moyens dirigés contre l'affection sont les antiphlogistiques, les émollients, les réfrigérants, en un mot tout ce qui peut calmer la surexcitation des organes génitaux, et surtout arrêter les progrès des lésions des centres nerveux, lorsqu'il en existe. A l'article consacré aux *empoisonnements*, nous exposerons le traitement opposé à l'empoisonnement par les cantharides, dont nous avons dit un mot à propos de la cystite que produit cette substance.

Inhalations de chloroforme. — Un moyen qui s'est montré efficace entre les mains de Dumont de Monteux consiste dans les *inhalations de chloroforme.* Dans un cas rapporté par ce médecin, elles ont fait très-rapidement cesser un satyriasis inquiétant. On ne saurait donc trop les recommander.

(1) Ricord, *Nouveau dictionnaire de méd. et de chirurg. pratiques,* article ANTIAPHRODISIAQUE. Paris, 1865.
(2) Voy. article CYSTITE.
(3) *Œuvres* d'Ambroise Paré, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. III, liv. XXIII, p. 327.
(4) Voy. tome IV, CYSTITE *produite par les cantharides.*

C. Le **priapisme** est l'érection permanente et douloureuse du pénis, sans désir d'exercer l'acte vénérien. C'est une affection rare.

Les *causes* sont locales : cette maladie n'est pas le résultat d'une affection cérébrale comme le satyriasis, mais une névrose des organes génitaux causée presque toujours par l'irritation d'un organe voisin ou des parties constituantes du pénis.

Cette irritation est produite dans la vessie par une cystite, par la présence d'un calcul ; dans le rectum, par les oxyures ou par une inflammation quelconque ; dans le canal de l'urèthre, par la gonorrhée ou un rétrécissement ; dans le prépuce, par la balanite, l'accumulation de la matière sébacée. Quelquefois cependant le priapisme a lieu en l'absence de ces causes, et alors on l'a attribué à la continence ou au contraire à l'onanisme, aux excès vénériens, aux écarts de régime, à l'abus des alcooliques (1).

L'érection du pénis, telle que nous l'avons indiquée, est le seul symptôme du priapisme.

Cette affection est beaucoup moins redoutable que le satyriasis, parce que ses causes sont plus faciles à combattre.

C'est dans la connaissance de ces causes qu'on trouve les indications du *traitement*, et par conséquent les avoir signalées, c'est avoir indiqué au praticien la conduite qu'il doit tenir. Les antiphlogistiques, la saignée surtout dans les cas de pléthore, les émollients, les réfrigérants, les calmants et les antispasmodiques sont les moyens qui conviennent dans les cas rares où une cause locale ne peut être découverte. Dans les autres, rien de plus facile que le traitement.

Debout (2), ayant employé avec succès la *lupuline* pour empêcher les érections chez des malades effectés de blennorrhagie, pense que ce médicament pourait être également employé dans le satyriasis. C'est une médication qu'on peut essayer. Le bromure de potassium à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme chaque jour, est un médicament utile et dont l'administration a été suivie de bons résultats.

Dans un cas où il n'existait aucune cause appréciable, Velpeau (3) ne parvint à faire cesser cet état morbide qu'*en traversant les corps caverneux avec un petit trocart explorateur ;* la ponction fut faite transversalement de droite à gauche, à 3 centimètres environ de la base du gland ; elle fut très-douloureuse, mais promptement suivie de la disparition des accidents.

D. La **nymphomanie**, qui a pour signe principal une tendance immodérée au coït de la part de la femme, et qui, sous ce rapport, peut être comparée au satyriasis, n'est que la conséquence d'une lésion de l'intelligence.

Cette affection, qu'on a aussi nommée *fureur utérine*, n'est pas fréquente.

Elle peut être considérée comme un simple symptôme de folie ; mais on a cité

(1) Acton, *Fonctions et désordres des organes de la génération chez l'enfant, le jeune homme, l'adulte et le vieillard*, sous le rapport physiologique, social et moral, traduit de l'anglais sur la 3e édition. Paris, 1863, in-8.

(2) *Bulletin général de thérapeutique*, 15 octobre 1852, t. XLIII, p. 325. — *Phlébite traumatique des corps caverneux, bons effets de la lupuline.* — *Coup d'œil sur l'action thérapeutique du lupulin, partie active du houblon* (*Bulletin de thérapeutique*, 1853, t. XLIV, p. 289 et 385).

(3) *Ibid.*

des cas (1) dans lesquels des lésions physiques des organes génitaux ont été sa *cause déterminante.*

Un désir immodéré du coït étant le caractère principal de la nymphomanie, on conçoit facilement ce qui en résulte. La femme perd toute pudeur, provoque indifféremment tous les hommes, use quelquefois de violence envers eux, et peut même s'adresser aux animaux (Manget). Elle se livre publiquement à la masturbation, et cela principalement dans le but d'exciter les désirs des hommes qui sont en sa présence. En même temps elle manifeste ordinairement par d'autres symptômes (érotomanie, accès de fureur, etc.) le désordre de son intelligence (2).

Cette affection, considérée comme nous le faisons ici, est presque toujours incurable.

S'il existe des lésions des organes sexuels, le *traitement* peut avoir quelque efficacité en les faisant disparaître. C'est ainsi qu'on a vu des nymphomanes guéries par l'*excision du clitoris* trop développé, par la cure d'une *dartre* des parties sexuelles, par la disparition des *oxyures*, etc.

Dans les cas où une trop grande continence est la cause de cette affection, le mariage peut procurer la guérison, qu'on a vue survenir à la suite d'une grossesse où de l'établissement des règles.

CHAPITRE II

NÉVROSES DE LA SENSIBILITÉ.

Sous cette dénomination, nous comprenons toutes les affections uniquement caractérisées par des troubles de la sensibilité, troubles qui consistent en une *augmentation*, une *diminution* ou une *perversion* de cette faculté.

Dans ce chapitre nous décrirons la céphalalgie nerveuse, la céphalée, la migraine, les névralgies générales ou partielles, la paralysie de la sensibilité.

ARTICLE PREMIER.

HYPERESTHÉSIE DES NERFS SENSITIFS DE LA VIE DE RELATION (NÉVRALGIES).

[On a donné le nom d'*hyperesthésie* (ὑπὲρ, au-dessus de ; ἄισθησις, sensation) à l'exaltation morbide, générale ou partielle de la sensibilité ; celui d'*anesthésie* (ἄν, privatif) à la diminution ou à l'abolition complète de la faculté de sentir.

1° CÉPHALALGIE NERVEUSE, CÉPHALÉE.

On donne le nom de *céphalalgie nerveuse* aux douleurs de tête, qui n'ont pas le caractère de la migraine et ne paraissent pouvoir s'expliquer, ni par une névralgie,

(1) Voy. Esquirol, *Des maladies mentales*. Paris, t. II, p. 32.
(2) Trélat, *Folie lucide*.

ni par un rhumatisme des muscles du cou et de la tête, ni par une congestion, ni par toute autre lésion organique. Si cette céphalalgie devient habituelle, on la désigne sous le nom de *céphalée*. Le *traitement* est celui des douleurs nerveuses et des névroses que nous aurons à exposer dans les articles suivants.

Quant à la céphalalgie et à la céphalée qui surviennent dans le cours d'autres maladies, elles ne sont que de simples symptômes, qui ont été ou qui seront appréciés à leur place. Voyez notamment l'article SYPHILIS.

Grâce aux progrès du diagnostic, les céphalalgies qu'on appelait idiopathiques sont aujourd'hui moins nombreuses, car elles sont souvent déterminées par une affection cérébrale ou fébrile, ou syphilitique ou nerveuse, par une altération des liquides de l'économie (urémie, anesthésie, etc.) ; par un vice diathésique (herpétisme, arthritis, etc.).

2° MIGRAINE.

Hémicrânie (*hemicrania*), par corruption *migraine*, signifie au propre, douleur occupant la moitié de la tête ; ce mot, par extension, a été appliqué à une maladie spéciale que les anciens ont peu connue. Alexandre de Tralles (1) en a le premier donné une description. Parmi les modernes, citons Sauvages (2), Tissot (3), Piorry (4), Pelletan (5), etc.]

§ I. — Définition.

La migraine est une maladie de courte durée, et le plus souvent sans gravité, périodique, sans régularité, et caractérisée par un malaise général avec céphalalgie intense ; cette céphalalgie, dont le siége est souvent limité à une région et non à la totalité de la tête, est le phénomène le plus constant de la migraine.

§ II. — Division.

Quelques modernes se sont livrés à des efforts de classification qui n'ont pas donné de résultats avantageux. Les auteurs du *Compendium* ont introduit dans la division de cette maladie un ordre plus méthodique et plus rationnel, en admettant une *migraine idiopathique* et une *migraine symptomatique*, cette seconde variété n'étant qu'un symptôme, ne sera pas décrite ici.

§ III. — Symptômes.

Prodromes. — Le plus souvent l'accès de migraine est précédé de certains phénomènes prodromiques : sentiment de lassitude et d'engourdissement, courbature, douleurs vagues dans les membres, étourdissements, nausées, anorexie, sensibilité exagérée des organes des sens, palpitations de cœur, tristesse ; parfois l'accès est précédé d'un frisson peu intense. La durée de ces prodromes est variable ; il arrive

(1) Alexandre de Tralles, *De arte medica*.
(2) Sauvages, *Nosologie méthodique*.
(3) Tissot, *Des nerfs et de leurs maladies* (*Œuvres complètes*, Paris, 1813).
(4) Piorry, *Mémoire sur la migraine et ses divers traitements*. Paris, 1832.
(5) Pelletan, *De la migraine et de ses divers traitements*. Paris, 1843, in-8.

parfois qu'ils se montrent peu à peu, soit spontanément, soit sous l'influence d'une des nombreuses causes déterminantes de la maladie, et que la migraine peut être prévue; d'autres fois le début est brusque ou inaperçu. Il arrive souvent que la migraine, qui probablement s'est préparée pendant le sommeil, se montre avec toute son intensité dès le réveil.

Début. — Le symptôme le plus constant, la *douleur*, est celui qui se montre le premier. Son siége est toujours à la tête, et quelquefois s'étend à la face. Cette douleur occupe parfois toute une moitié de la tête, ce qui justifie l'expression d'*hémicrânie*. Le plus souvent elle est limitée à une région peu étendue, soit à l'occiput ou au sommet de la tête, à la région temporale, frontale, sus-orbitaire; elle s'étend parfois à toute la tête, ou bien, après avoir occupé un côté, elle s'empare de l'autre. Les organes des sens en sont fréquemment le siége; cette douleur affecte quelquefois le même siége et les mêmes manifestations que la névralgie trifaciale ou que le tic douloureux de la face.

Caractères de la douleur. — Les manifestations douloureuses de la migraine peuvent se rapporter à un certain nombre de types. La douleur diffuse de la tête, avec vertiges, hallucination des sens, sorte d'ivresse douloureuse, en est une des formes les plus habituelles. Le malade ne saurait faire aucun mouvement sans éprouver un malaise des plus pénibles; l'immobilité, l'obscurité, le silence, lui conviennent surtout; dans presque tous les cas, il ressent des battements douloureux dans le crâne, et chaque systole ranime la douleur. La sensibilité du cuir chevelu est souvent tellement vive, qu'elle est exaspérée par le moindre dérangement des cheveux. « Il semble à l'un qu'on lui perfore la tête avec une vrille, ou qu'on la lui brise avec un marteau ; à l'autre qu'on y darde incessamment des pointes acérées, qu'on exerce des tractions à l'aide de tenailles; celui-ci croit sentir un étau qui rapproche l'une de l'autre les régions temporales; celui-là, au contraire, croit que les sutures du crâne vont céder à une force intérieure, etc. Au milieu d'un tel paroxysme, la lumière, le bruit, tout ce qui environne le malade, devient insupportable, etc. » (Monneret et Fleury.)

Les hallucinations des sens sont chose fréquente. L'hyperacousie a lieu souvent et l'œil est le siége de sensations perverties et douloureuses. « Au moment de l'invasion, dit Piorry, la vue est nette, on éprouve une sensation très-analogue à l'éblouissement; il semblerait qu'un nuage se manifeste au centre de l'image qui se peint sur la rétine ; peu à peu le point terne qu'on observait s'étend; bientôt se dessine autour de l'espace obscurci un arc de cercle lumineux, coloré chez quelques-uns, pâle chez d'autres, disposé en zigzag, agité par une sorte d'oscillation continuelle. » Ces phénomènes subjectifs peuvent varier à l'infini.

L'intensité de la douleur est très-variable, non-seulement chez les divers sujets, mais encore chez un même individu, dans des accès différents. Quelquefois légère, elle permet au malade de continuer ses occupations; d'autres fois elle est si vive que le moindre travail est impossible.

Des sensations particulières se joignent aussi parfois à la douleur proprement dite; ainsi des sujets éprouvent une espèce de frémissement dans le cuir chevelu, de petits frissons locaux. D'autres ont la sensation d'un liquide brûlant ou froid dans un côté du crâne.

La douleur spontanée et la *douleur à la pression* doivent être recherchées dans

la migraine. En général, par la pression on ne constate qu'une augmentation de sensibilité occupant tout un côté de la tête, ou toute la tête ; mais dans quelques cas, cette exaltation de la sensibilité est telle, qu'il suffit de promener le doigt sur le cuir chevelu pour produire une douleur assez vive, et dans d'autres, on trouve les mêmes points douloureux que dans les névralgies trifaciale et cervico-occipitale.

Les yeux, dans les cas les plus violents, sont sensibles à la lumière, mais ils ne sont pas injectés et larmoyants comme dans la névralgie trifaciale franche. On n'observe pas non plus de phénomènes locaux du côté des narines et de la bouche.

On a signalé dans quelques cas, des mouvements convulsifs, le plus souvent à la face et d'un seul côté.

Troubles de l'estomac. — Le phénomène le plus constant après la céphalalgie est le vomissement. Le malade vomit souvent un liquide âcre et amer, qui n'est autre qu'un produit de sécrétion gastrique et biliaire ; mais comme il arrive que la migraine s'oppose à la digestion, ou a eu pour cause déterminante un repas, il n'est pas rare que les malades vomissent des matières alimentaires. Les efforts de vomissements ajoutent encore à la céphalalgie et sont très-redoutés par les malades, surtout lorsqu'ils surviennent au début ou pendant le cours de l'accès ; cependant les vomissements sont souvent précurseurs de la terminaison de l'accès et amènent un soulagement dans la souffrance.

Un phénomène morbide assez fréquent, ce sont les palpitations de cœur. Le malade ne peut faire un mouvement sans que le cœur batte avec force et quelquefois tumultueusement ; ce symptôme est un des plus pénibles, les mouvements du cœur retentissent douloureusement dans la tête.

Symptômes généraux. — L'intensité de la douleur et la prostration, l'expression troublée de la face, sont en disproportion avec la bénignité de la maladie. La fièvre, lorsqu'elle existe, est modérée, et souvent la fréquence du pouls est grande, sans qu'il y ait une élévation marquée dans la température de la peau. Le pouls est généralement petit, serré et fréquent.

L'accès se termine peu à peu, et cette terminaison est précédée, dans la plupart des cas, de certains phénomènes auxquels on pourrait donner le nom de critiques. Le plus souvent ce sont des vomissements, une sueur légère, le retour des urines ou des garderobes qui, en général, sont supprimées pendant l'accès. D'autres fois c'est l'humidité des narines et une sorte de flux nasal, ou une sécrétion considérable de mucus buccal ou pharyngien.

§ IV. — Marche, durée, terminaison.

La migraine est une affection essentiellement intermittente. Le nombre des accès peut être de trois, quatre et plus par mois. Il peut n'en exister que trois ou quatre par an. Il est plus ordinaire d'en observer un tous les mois ou toutes les six semaines. Chez certaines femmes la migraine se montre à toutes les époques menstruelles, et n'est dissipée que par l'apparition des règles. On a cité des cas de *migraine intermittente périodique*, mais on a fait observer que, dans la plupart, il était très-probablement question de névralgies intermittentes.

Il est bien rare que la migraine se maintienne au même degré d'intensité pendant toute la durée de l'accès ; la douleur, d'abord légère, va en augmentant jus-

qu'à son summum d'intensité, puis il y a des moments d'amélioration et d'exacerbation plus ou moins marqués, jusqu'à ce qu'enfin les symptômes commencent à décroître pour disparaître bientôt tout à fait.

Dans la *durée*, il faut considérer la durée de la maladie et la durée des accès. La *durée de la maladie* est longue ; elle peut se prolonger pendant toute la vie. Le plus souvent les accès commencent à s'éloigner vers l'âge de quarante ans, pour disparaître vers soixante, mais il y a de nombreuses exceptions à cette règle. La durée de la migraine est presque toujours d'un grand nombre d'années. La *durée des accès* est ordinairement de douze à vingt-quatre heures. Elle peut néanmoins ne pas dépasser une, deux et trois heures, ou bien se prolonger pendant deux et même trois jours ; ces derniers cas sont les plus rares. Des circonstances très-diverses peuvent abréger la durée des accès : ainsi une promenade, un spectacle attachant, un repas, etc., mais jamais, ou presque jamais, on ne peut tirer de ces circonstances une règle sûre pour l'avenir, c'est-à-dire que ce qui, dans un accès, aura été très-utile, peut être, dans les autres, complétement inutile, ou même augmenter les accidents.

La migraine n'a jamais une *terminaison* fatale. La *terminaison des accès* a lieu pendant le sommeil de la nuit. Au réveil, les malades se trouvent complétement revenus à leur état normal, ou ne conservent qu'un peu de fatigue et de lourdeur de tête. D'autres fois la migraine se dissipe au milieu du repas, ou dans d'autres circonstances déjà mentionnées.

Accès considéré d'une manière générale. — Lorsque les malades sont atteints de violent accès de migraine, ils sont obligés de rester couchés, immobiles, loin du bruit, de la lumière ; ils demandent qu'on les laisse absolument tranquilles, et cherchent le sommeil, qui, tant que l'accès dure, est incomplet, pénible et entrecoupé. Lorsqu'ils veulent se lever, ils éprouvent des étourdissements, des horripilations, et sont forcés de se recoucher promptement. Dans d'autres cas, la douleur n'empêche ni les mouvements, ni le travail, et entre ces deux extrêmes il y a des nuances à l'infini.

§ V. — Causes.

La migraine idiopathique est une névrose héréditaire. On a observé la migraine survenant chez des asthmatiques et semblant tenir lieu d'un accès d'asthme. La migraine paraît aussi survenir assez fréquemment chez les hystériques. Elle peut se montrer comme métastatique des diathèses arthritique, herpétique, etc.

Les femmes y sont plus sujettes que les hommes.

L'âge a une influence sur cette maladie, que l'on observe plutôt dans la jeunesse et l'âge adulte que dans la vieillesse. Les professions intellectuelles et sédentaires y prédisposent.

Les causes déterminantes de la migraine sont nombreuses. Il faut citer les écarts du régime, les troubles des fonctions digestives (*a stomacho læso*), l'irrégularité dans les repas, l'influence de l'insolation ; une promenade au soleil, principalement au printemps, lors des premières chaleurs.

La fatigue des yeux ou des oreilles, l'usage des lunettes non appropriées à la vue, les odeurs fortes, l'insomnie, les excès de tout genre, etc., peuvent déterminer la migraine.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

La rapidité de l'accès, l'habitude, les symptômes précurseurs, la modération des symptômes généraux, ne peuvent tromper. Cependant on pourrait être induit en erreur par une céphalalgie rhumatismale ou hystérique, chlorotique, ou au contraire congestive, ou par cette douleur de tête qui précède l'évolution de certaines fièvres éruptives ; mais on ne pourrait se tromper que pendant quelques heures, et les symptômes généraux et locaux ne tarderaient pas à se dessiner si nettement dans un cas, à s'effacer si rapidement dans l'autre, que toute cause d'erreur disparaîtrait.

§ VII. — Traitement.

Le premier soin du médecin doit être de déterminer la véritable nature de la migraine et d'en rechercher la cause. Si la migraine procède d'un embarras des premières voies, on peut y porter remède par un vomitif; si l'on a lieu de penser que la maladie se représente à des intervalles égaux et avec une intermittence réglée, il faut avoir recours au sulfate de quinine; lorsque la migraine se produit sous l'influence de l'hystérie ou de la chlorose, on donnera des toniques ou des antispasmodiques.

L'hygiène est appelée à jouer un grand rôle dans le traitement préventif de la migraine, le médecin devra donc s'occuper spécialement du régime et de la manière de vivre.

[Les *opiacés* à l'intérieur (opium, acétate de morphine) à faible dose, 1 à 5 centigrammes, ont guéri rapidement certaines migraines (Ricord, Mérat).]

La *belladone* a été prescrite à l'intérieur et à l'extérieur par Fleck, Stosch, etc. Piorry a recommandé les frictions belladonées sur les paupières, dans la migraine particulière qu'il a décrite, et qui est la plus rare. Il en résulte une dilatation de la pupille qu'il ne faut pas porter trop loin.

Nous citerons, en outre, la *jusquiame*, le *datura stramonium*, l'*aconit*.

On a recours fréquemment aux *antispasmodiques*. Hufeland vante la préparation suivante dans l'espèce de migraine qu'il appelle *hystérique :*

♃ Teinture d'écorce d'orange...	8 gram.	Teinture d'aloès..............	4 gram.
de castoréum......	4 gram.		

Mêlez. Dose : soixante gouttes, deux fois par jour.

Selon Schneider, il suffit de prendre les gouttes suivantes pour dissiper les accès de migraine :

♃ Huile de valériane	1gr,25	Éther acétique..............	15 gram.

Mêlez. Dose : de dix à quinze gouttes toutes les heures.

Nous citerons ensuite les lotions de *cyanure de potassium* recommandées par Trousseau, Am. Bonnet, Munaret (1). En voici la formule :

♃ Cyanure de potassium............... de 10 à 50 centigram.

(1) Munaret, *Justification médicale du cyanure de potassium* (*Gazette médicale de Paris*, juillet 1835, p. 641).

Faites dissoudre dans :

Alcool, éther ou eau distillée............... 30 gram.

Imbibez de cette solution des compresses qu'on applique sur la tête, et principalement sur le front. Renouvelez-les lorsqu'elles sont sèches.

J. J. Cazenave (1) incorpore le cyanure de potassium dans une pommade et y ajoute du *chloroforme :*

Chloroforme pur	12 gram.	Axonge récente	60 gram.
Cyanure de potassium	10 gram.	Cire	q. s. pour obtenir la consistance d'une pommade.

En prendre le soir en se couchant gros comme deux œufs de pigeon, en enduire rapidement les cheveux en tous sens et recouvrir la tête d'un bonnet de taffetas ciré.

Il faut continuer ce moyen quelque temps après la disparition des douleurs.

[Serre (d'Alais) et Debout ont guéri des migraines par les pilules suivantes :

℞ Sulfate de quinine	3gr,00	Sirop de sucre	q. s.
Poudre de digitale	1gr,50		

Faire trente pilules. Une chaque soir en se couchant, pendant au moins trois mois.

Socquet, de Lyon (2), considère presque comme spécifique le *nitrate d'argent :*

℞ Nitrate d'argent	30 centigram.	Extrait de gentiane	q. s.
Sel ammoniac	60 centigram.		

Faire dix pilules, et prendre deux ou trois dans les vingt-quatre heures, trois à quatre jours de suite.]

Beaucoup de personnes réussissent à calmer les douleurs de la migraine en appliquant simplement sur le front des compresses trempées dans l'*eau froide*, dans l'*eau de Cologne*, dans l'*eau vinaigrée*, et mieux encore dans l'*éther* qui, en se vaporisant, produit une réfrigération rapide.

Un *vomitif* a eu fréquemment pour résultat de faire avorter un accès. Nous en avons vu un exemple remarquable.

Tavignot (3) a employé un moyen qui consiste à *respirer largement et très-vite pendant quelques minutes ;* s'il n'y a que du soulagement, après quelques instants de repos, il recommence la même manœuvre. Selon Tavignot, dans les cas où la douleur est due à une névralgie, cette médication a échoué.

Moyens divers. — Il faut citer l'*acétate d'ammoniaque* (30 à 40 gouttes dans une tasse de tilleul), l'*hydrocyanate de fer* (Hosack), le *deutochlorure de mercure* (Martin), à très-petites doses ; l'*huile de foie de morue* (Wenzel), le *poivre*, l'*aimant*, le *chloroforme*, la *métallothérapie*, etc.

Ces médicaments n'ont de chances réelles de succès que lorsqu'on peut les administrer pendant les prodromes ou au début de l'accès.

Précautions générales. — Les malades doivent se placer dans un lieu obscur ; se tenir loin du bruit et du mouvement ; garder l'immobilité ; éviter les odeurs

(1) Cazenave, *Hémicrânies, migraines et névralgies faciales* (*Journ. des connaiss. méd.-chir.*, 1er mai 1852, p. 136, 235).

(2) Socquet (de Lyon), *Journal de médecine de Lyon*, 1864.

(3) Tavignot, *Migraine, sa guérison instantanée à l'aide de larges inspirations répétées coup sur coup* (*L'Observation*, mai 1850 ; *Bulletin gén. de thérap.*, 15 juin 1850, t. XXXVIII, p. 520).

fortes, les émotions morales; maintenir la chaleur des pieds; prendre des lavements pour éviter les efforts de la défécation. Du reste, toutes ces précautions sont prises instinctivement par les malades.

ARTICLE II.

NÉVRALGIE EN GÉNÉRAL.

En quelque point du corps que se manifeste la névralgie, elle a des caractères généraux et communs.

[Peu connue dans l'antiquité, la névralgie a commencé à être bien étudiée par Cotugno (1), puis par Chaussier (2), par Valleix (3), par Notta (4), Sandras (5), Trousseau et Axenfeld.]

§ I. — Définition, synonymie.

La névralgie consiste dans une *douleur* plus ou moins violente, ayant son siége sur le trajet d'un nerf, et disséminée par points circonscrits : véritables foyers douloureux d'où partent, par intervalles variables, des élancements ou d'autres douleurs analogues, et dans lesquels la pression, convenablement exercée, est plus ou moins douloureuse.

Si nous avons séparé les névralgies des viscéralgies, c'est que, selon nous, les névralgies présentent des particularités importantes et qu'elles forment un groupe pathologique bien distinct.

Chaussier a désigné sous le nom de *névralgie* l'affection qui nous occupe ; cette dénomination a été généralement adoptée, et ce n'est que dans les névralgies, en particulier, que nous trouvons des noms différents, tels que *tic douloureux*, *sciatique*, etc.

Les névralgies sont des affections *très-fréquentes*, et, depuis qu'on les recherche avec plus de soin, on en découvre un très-grand nombre qui passaient inaperçues ; c'est ce que nous voyons en particulier pour la névralgie intercostale.

§ II. — Causes.

Causes prédisposantes. — *Age.* — C'est de vingt à cinquante ans que se montre le plus grand nombre des névralgies. Vient ensuite la période de cinquante à soixante. Avant l'âge de dix ans, cette affection est extrêmement rare.

Sexe. — La névralgie, considérée d'une manière générale, se produit à peu près aussi souvent chez la femme que chez l'homme ; mais, dans certaines névralgies, la proportion est bien différente suivant les sexes : c'est ainsi que la femme est bien plus sujette à la névralgie dorso-intercostale, et l'homme à la névralgie sciatique. La névralgie est, avant l'âge de trente ans, plus fréquente chez la femme ; c'est l'inverse qui a été noté après cet âge.

(1) Cotugno, *De ischiade nervosa.*
(2) Chaussier, *Table synoptique de la névralgie*, 1803.
(3) Valleix, *Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs.* Paris, 1841.
(4) Notta, *Mémoire sur les lésions fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies* (*Arch. gén. de méd.*, 1854, 5e série, t. V, p. 1, 290 et 543).
(5) Sandras, *Traité pratique des mal. nerveuses*, 1862.

La *constitution*, le *tempérament*, l'*habitation*, la *nourriture*, la *profession*, les *climats*, les *habitudes*, n'ont pas une influence réelle sur les névralgies. [Certaines *diathèses* paraissent avoir une action plus manifeste, telles que les diathèses rhumatismale, herpétique, etc. La disparition d'une maladie cutanée peut donner lieu à des névralgies. L'influence des altérations du sang, soit par la variation de ses éléments normaux, soit par la présence d'éléments étrangers (toxiques), n'est pas moins évidente.]

La *menstruation*, la *grossesse*, surtout pendant les premiers mois, la *lactation*, prédisposent aux névralgies.

Causes occasionnelles. — Le *refroidissement prolongé* a été constaté le plus fréquemment. Rarement la maladie se développe immédiatement après la *suppression des règles*, ou dans un *mouvement brusque*.

L'exagération momentanée de la force motrice (Sandras), le *traumatisme*, déterminent souvent des névralgies, comme on le voit à la suite de plaies, de contusions, d'application de forceps, etc.

[Émile Dubois (1), le premier, a signalé l'intermittence quand il y a solution de continuité, ainsi qu'on peut l'observer dans le zona, les brûlures, etc.] La névrite, l'inflammation du névrilème, la compression des nerfs par une tumeur cancéreuse, syphilitique (2), un névrome, etc., développés sur leur trajet, sont aussi des causes de névralgie.

§ III. — Siége de la maladie, points douloureux.

La névralgie, telle que nous l'avons définie, n'occupe que les nerfs sensitifs, et principalement les parties les plus superficielles de ces nerfs. Il en résulte des *points douloureux*, dont nous aurons à parler. Les points douloureux que la névralgie constitue se trouvent placés dans quatre points principaux du trajet des différents nerfs : 1° *au point d'émergence d'un tronc nerveux :* ainsi à la sortie des trous sus et sous-orbitaires, etc. ; 2° *dans les points où un filet nerveux traverse les muscles pour se rapprocher de la peau dans laquelle il vient de se jeter :* ainsi les parties dans lesquelles se rendent les nerfs spinaux, etc. ; 3° dans les points où les rameaux terminaux d'un nerf viennent s'épuiser dans les téguments : ainsi à la partie antérieure des nerfs intercostaux, etc. ; 4° enfin, *aux endroits où des troncs nerveux deviennent très-superficiels :* par exemple, celui où le nerf péronier contourne la tête du péroné. Parmi ces points, ceux qui sont le plus fréquemment et le plus violemment atteints, sont les points d'émergence.

§ IV. — Symptômes.

Début. — Dans les six septièmes des cas, la névralgie se développe graduellement, mais d'une manière plus ou moins rapide. C'est d'abord une pesanteur, une douleur sourde, une chaleur, en un mot une sensation incommode ; cette sensation douloureuse va ensuite en augmentant, et devient une douleur aiguë. Dans un septième des cas, le début a été subit.

Symptômes. — La douleur est le principal et presque l'unique symptôme de la névralgie. Il importe de distinguer la douleur spontanée de la douleur à la pression.

(1) Émile Dubois, *De la névralgie traumatique* (*Gaz. hebd.*, 1861, n° 5). — Charles Londe, thèse inaug., 1860.

(2) Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*, p. 103. — Gros et Lanceraux, p. 41.

Douleur spontanée. — Il y a deux espèces de douleur spontanée : la première est *continue*, la seconde *intermittente*. La *douleur continue*, sans être violente, est très-incommode ; les malades la comparent ordinairement à une tension, à une pesanteur, à une pression forte, ou bien à la souffrance que produit une contusion. Il est bien rare que cette douleur disparaisse complétement dans l'intervalle des accès ; la névralgie trifaciale semble faire exception. Lorsque l'affection est franchement intermittente, toute espèce de douleur cesse ordinairement dans l'intervalle des accès réguliers.

La *douleur intermittente* se montre sous forme d'élancements, de déchirements, de piqûres, ordinairement très-aigus, durant très-peu de temps et se reproduisant à des intervalles variables. Ce sont toujours les douleurs lancinantes qui caractérisent les *accès* de névralgie. Dans les névralgies bien caractérisées, ces élancements se reproduisent à des intervalles très-rapprochés pendant un temps qui varie entre quelques minutes et plusieurs heures, et alors les malades sont dans une anxiété très-grande, jusqu'à ce que le calme se rétablisse peu à peu et parfois brusquement. Au bout d'un temps plus ou moins long la même série de phénomènes se reproduit.

Ces élancements ont une violence très-diverse suivant les cas. Les malades les comparent à des tiraillements, à des arrachements, à des piqûres, à une commotion électrique, à un sentiment de brûlure, etc.

Ces élancements ont aussi des *foyers* d'où ils partent parfois pour se porter d'un point à un autre ; tandis que parfois aussi ils restent fixes dans ces foyers, se produisant à la fois dans plusieurs points du trajet du nerf souvent très-éloignés l'un de l'autre, par exemple la hanche et le pied dans la sciatique. Or ces foyers douloureux sont précisément les points circonscrits que la pression fait découvrir : soit que les malades n'aient pas noté ces points avec assez d'attention, soit que réellement l'élancement n'ait pas de point de départ fixe, un peu plus de la moitié des sujets se contentent d'indiquer d'une manière générale le trajet du nerf comme étant le siége des élancements.

Dans les cas où les élancements se portent d'un point à un autre en parcourant une certaine étendue du nerf, la direction n'est pas toujours la même ; cependant il résulte de l'étude des faits qu'ils suivent dans une très-grande proportion des cas le trajet du filet nerveux affecté. Assez rarement ils ont une direction contraire.

Douleur à la pression. — Une pression largement exercée, avec la paume de la main par exemple, n'exaspère pas ordinairement la douleur et la calme le plus souvent : mais *si l'on presse avec l'extrémité d'un ou de plusieurs doigts*, en suivant le trajet du nerf malade, on trouve un ou plusieurs points sur lesquels cette pression cause une douleur variable, souvent fort vive. Si l'on presse de plus fort en plus fort, et toujours de la même manière, la douleur augmente ; dans un grand nombre de cas, elle est tellement vive, que les malades se soustraient à l'exploration par des mouvements très-brusques, et en manifestant par la contraction de leurs traits une souffrance extrême. Il arrive assez fréquemment qu'après avoir exercé ainsi la pression, si on la renouvelle sur le point qu'on vient de trouver si douloureux, on constate qu'elle est devenue momentanément très-supportable, ou même qu'elle n'est pas du tout douloureuse. Sous ce rapport seul, la pression exercée sur une petite surface peut être regardée comme calmant la douleur pour un temps ordinairement très-court.

Par la pression, non-seulement on exaspère la douleur continue mentionnée plus haut, mais encore on produit assez souvent des élancements en tout semblables à ceux qui se produisent spontanément.

A l'aide de la pression, on reconnaît l'existence, l'étendue et le degré de sensibilité des *points douloureux*. Ceux-ci sont parfois nombreux et rapprochés sur le trajet du nerf, d'autres fois on n'en trouve qu'un petit nombre et très-éloignés l'un de l'autre : ainsi, dans la *névralgie sciatique*, il peut n'en exister que deux, l'un à la hanche et l'autre au pied. Bien plus rarement on n'en trouve qu'un seul. Les points douloureux peuvent n'avoir que 1 ou 2 centimètres de diamètre ; ordinairement néanmoins ils ont un peu plus d'étendue, et parfois ils occupent un espace grand comme la main et plus. Il est rare que tout le trajet du nerf soit douloureux, et lorsqu'il en est ainsi, on reconnaît encore l'existence des points douloureux à la plus grande sensibilité que la pression réveille à leur niveau.

C'est dans les points où se manifeste une douleur spontanée que l'on produit aussi la douleur à la pression ; nous n'avons trouvé qu'une seule exception à cette règle. Dans certains points la douleur à la pression ne se fait pas remarquer, bien que le malade y éprouve une certaine souffrance.

Presque dans tous les cas, l'intensité de la douleur à la pression est en rapport avec celle de la douleur spontanée, au moins dans quelques points. Il y a néanmoins des exceptions à cette règle ; mais ce qui prouve son importance réelle, c'est que : 1° l'affection ayant des accès plus ou moins marqués, la pression devient sensiblement plus douloureuse pendant ces accès de douleur spontanée ; 2° dans les cas où les paroxysmes sont très-tranchés, cette douleur à la pression peut disparaître presque complétement dans les intervalles ; et 3° enfin dans les cas où il y a une périodicité incontestable, la partie affectée devient ordinairement entièrement indolente pendant l'intervalle qu'on peut appeler intervalle d'apyrexie. Ce sont les névralgies trifaciales qui offrent le plus souvent ces particularités.

[Cependant, dans un certain nombre de névralgies, ces points font défaut, sans qu'on en sache la cause ; peut-être tient-elle à ce que les fibres sensitives des nerfs ne sont affectées que dans quelques points isolés de leur trajet.]

Symptômes concomitants. — On observe assez souvent l'existence simultanée d'une névralgie et d'une *anesthésie ;* quelquefois il y a *mouvements spasmodiques*, convulsifs, *paralysie*.

Les névralgies ont une influence marquée sur la *circulation*, les *sécrétions*, la *nutrition* des parties affectées. La circulation devient plus active ; des érythèmes de l'herpès peuvent se développer sur les points douloureux ; les sécrétions (salive, larmes, etc.) sont plus abondantes ; la nutrition varie.

[La persistance des névralgies peut donner lieu à des symptômes généraux variables, au *nervosisme* (Bouchut).]

Douleurs causées ou exaspérées par divers actes du malade. — Les causes de ces douleurs sont variables, mais elles tiennent toutes à des mouvements plus ou moins brusques des parties affectées. Ainsi, dans la sciatique, la *marche ;* dans la névralgie trifaciale, l'*action de mâcher ;* dans la névralgie intercostale, les *grandes inspirations*, l'*éternument*, exaspèrent la douleur, et souvent de manière à rendre ces mouvements insupportables.

Dans quelques cas particuliers, le *contact des corps chauds* ou *froids* produit le même effet.

Ajoutons que fréquemment les malades présentent, dans d'autres parties du corps, des douleurs également névralgiques, ou un peu plus rarement de nature rhumatismale ; que du côté du tube digestif, il existe quelques troubles fonctionnels qui seront mentionnés à propos des névralgies trifaciales ou intercostales ; que la fièvre n'est jamais un phénomène appartenant à la névralgie elle-même, et que, dans un tiers des cas environ, les femmes présentent un *trouble marqué de la menstruation.*

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Les névralgies se produisent par *paroxysmes* souvent très-violents ; nous n'avons trouvé qu'une exception à cette règle. Parfois ces affections se montrent sous formes d'*accès périodiques* bien tranchés ; on dit qu'il y alors une *fièvre* intermittente larvée. Cependant nous n'avons pas remarqué les stades de la fièvre intermittente ; la périodicité seule était remarquable.

Les névralgies peuvent disparaître spontanément en quelques jours, se dissiper au bout de très-peu de temps sous l'influence du traitement, ou au contraire persister de longues années et être rebelles à tous les traitements. Dans ces derniers cas, qui sont heureusement les plus rares, la maladie tourmente ordinairement les sujets pendant un temps variable, puis les laisse tranquilles pendant un temps qu'on ne peut pas préciser davantage, et qui est loin d'être toujours le même entre chaque atteinte, et ainsi de suite, parfois jusqu'à la mort, causée par une autre maladie.

Dans la neuvième partie des cas environ, les sujets que nous avons observés n'ont été que notablement soulagés, et dans la neuvième partie également, il n'y a eu ni guérison ni soulagement marqué ; tandis que dans les sept neuvièmes la guérison a été radicale. L'âge avancé, le haut degré de la violence de la maladie, sa longue durée antérieure, sont les circonstances dans lesquelles on a observé le plus grand nombre de névralgies rebelles.

Les *récidives* sont on ne peut plus fréquentes dans les névralgies ; mais leur fréquence varie suivant l'espèce de névralgie.

§ VI. — Lésions anatomiques.

[Jusqu'à ce jour, les investigations de l'anatomie pathologique n'ont encore pu faire découvrir aucune modification organique certaine des nerfs.]

Cependant Chomel (1) professait que la névralgie n'est le plus souvent que le symptôme d'une lésion occupant des organes ou des tissus qui avoisinent ou que traverse le nerf affecté. C'est que Chomel n'admettait que des névralgies très-intenses et très-rebelles : car tous les jours on voit des névralgies siégeant dans des points où n'existe aucune espèce de lésion organique, enlevées par les traitements les plus simples dirigés uniquement contre la douleur.

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Nous nous bornerons à rappeler ce que nous avons dit relativement à la distinction

(1) Chomel, *Opinion sur la nature de la névralgie crurale due à une tumeur de la fosse iliaque : névralgie sciatique, tumeur dans le bassin* (*Union médicale*, 24 janvier 1850).

de la névrite et de la névralgie ; à signaler les *névromes* dont le caractère distinctif est une tumeur, mais parfois assez petite pour demander une recherche attentive, puisque Béclard en a vu de la grosseur d'un grain de chènevis dans la peau ; à mentionner le *rhumatisme musculaire*, dont les points de contact avec la névralgie sont très-grands ; à indiquer les *douleurs lancinantes du cancer*, qui se distinguent par les symptômes concomitants de la maladie principale, et les *viscéralgies* dans lesquelles les troubles fonctionnels de l'organe occupent évidemment la première place, et qui ne présentent pas de points douloureux circonscrits et superficiels.

Pronostic. — La grande ancienneté du mal, l'âge avancé du sujet et l'extrême violence de la maladie, sont des signes pronostiques défavorables.

§ VIII. — Traitement.

Narcotiques. — Les narcotiques, et surtout la *morphine* administrée par la méthode endermique, ont l'avantage de calmer presque immédiatement les douleurs, et, lorsque l'affection a une grande violence, on ne saurait se dispenser d'en faire usage.

On se sert du vésicatoire ammoniacal, ou de la pommade de Gondret ou du marteau de Mayor, pour enlever l'épiderme. On emplit aux trois quarts un dé à coudre avec de la ouate bien sèche ; on remplit le dé avec un autre petit tampon imbibé d'ammoniaque ; cinq minutes suffisent pour soulever l'épiderme qu'on enlève en frottant doucement avec un linge. Le marteau trempé dans l'eau bouillante et appuyé en tournant rapidement est un moyen encore plus expéditif. On saupoudre le derme dénudé avec le sel de morphine, qui est habituellement le chlorhydrate, en commençant par 25 milligrammes et en augmentant jusqu'à ce qu'on obtienne du calme. Rougier (1) n'a pas craint d'arriver jusqu'à 25, 30, 40 centigrammes par jour, et même 60 si la douleur résiste.

Le troisième jour la surface dénudée n'absorbe plus, il faut donc appliquer un nouveau vésicatoire. On peut ainsi continuer pendant huit, dix, quinze jours.

Une fois la douleur éteinte dans tout le membre, pour consolider et assurer la cure, on continue le remède en doses décroissantes, pour le cesser tout à fait au bout de quelques jours. « Mais, la douleur disparue, si la névralgie était ancienne ou si le traitement s'est prolongé, il reste dans le membre une faiblesse quelquefois assez grande pour empêcher la progression... Conduit par l'analogie, nous avons combattu cet accident avec le plus grand succès par la *strychnine*...... et nous avons été conduit à trouver dans cet agent thérapeutique non-seulement le complément, mais encore la preuve de la guérison de la névralgie sciatique. » (Rougier) (2).

Rougier administre encore alors la strychnine à l'intérieur, sous forme de *pilules d'un peu plus d'un demi-centigramme*, ou *d'un centigramme*, commençant par deux et augmentant la dose d'une pilule par jour pour les premières, et commençant par une pour augmenter également d'une par jour pour les secondes. Si, au bout de quelques jours, la motilité se rétablit sans douleur, la maladie est jugée guérie ; si la douleur reparaît, on commence l'application de la morphine.

Maintenant si nous comparons les résultats thérapeutiques à ceux que l'on obtient

(1) Rougier, *De la morphine administrée par la méthode endermique.* Lyon, 1843.
(2) *Loc. cit.*, p. 29. — Jousset, *De la méthode hypodermique et de la pratique des injections sous-cutanées.* Paris, 1865.

par une autre méthode de traitement, les vésicatoires volants multipliés, par exemple, nous voyons que la douleur est plus promptement diminuée par la méthode endermique : résultat tout naturel. Quant à la durée du traitement, elle a été sensiblement plus longue dans les cas observés par Rougier. Il paraît probable qu'on doit en accuser l'emploi de la strychnine, qui aurait le grand tort de ramener des mouvements intempestifs.

Les résultats de l'expérimentation ne sont donc pas satisfaisants sous le rapport de la durée de la maladie, et tout porte à croire que dans la méthode de Rougier, les vésicatoires ont eu la plus grande part à la guérison. La méthode endermique est un excellent moyen; seulement il n'est pas prudent de pousser les doses de morphine aussi loin que Rougier.

On devra se borner à employer 2, 3, 4 et 5 centigrammes de sel de morphine, dose ordinairement suffisante. On n'en emploie davantage que dans des cas exceptionnels soumis à l'appréciation du médecin.

Nous avons signalé un phénomène quelquefois très-remarquable à la suite de l'application d'un sel de morphine sur la peau dépouillée de son épiderme: ce sont des douleurs insupportables qui forcent les malades à arracher l'appareil. Ces cas, il est vrai, sont rares; Rougier n'en a observé aucun, et, le plus souvent, la cuisson déterminée par le sel de morphine est assez facilement supportée. Elle ne dure guère que pendant un temps qui varie entre un quart d'heure et une heure; quelquefois cette durée est beaucoup plus courte. Nous avons depuis connu la cause de ces vives douleurs. Elles sont dues à ce que les vésicatoires sont excités par la pommade épispastique. Par là s'explique l'absence de ces douleurs dans les cas de Rougier, où les vésicatoires étaient pansés simplement.

Quelquefois l'opium produit l'effet hypnotique cérébral, mais il donne lieu à une exaltation de la sensibilité, au prurit, etc. Dans ce cas, on le remplacera par un de ses alcaloïdes (sirop de codéine, pilules de codéine) :

℞ Codéine......... Thridace........	aa 50 centigram.	Poudre de guimauve............ q. s.

F. s. a. dix pilules. Une ou deux chaque jour.

Ou bien par les préparations de belladone, à la dose de 5 à 10 centigrammes de poudre ou de suc non dépuré, ou bien à la dose de 4 à 8 gouttes de teinture alcoolique d'atropine dans une potion prise dans les vingt-quatre heures (Sandras). Aran (1) a, dans ces cas, employé l'extrait d'aconit à très-hautes doses, en commençant par une pilule de 5 centigrammes d'extrait d'aconit.

Inoculation de la morphine. — Lafargue, de Saint-Émilion (2), a fait, de l'emploi de la morphine par la méthode endermique, la base du traitement; il a eu recours à l'*inoculation*, et a obtenu des succès très-évidents et parfois très-prompts ; mais il est bien des cas qui résistent à ce mode de traitement, et l'on ne saurait le substituer aux vésicatoires et à la cautérisation transcurrente. Toutefois il ne faut pas le négliger ; surtout dans les névralgies qui occupent un siége où l'application des vésicatoires est difficile et insuffisante, la face par exemple, sur laquelle nous ne

(1) Aran, *Bons effets de l'extrait d'aconit à haute dose dans le traitement des névralgies faciales périodiques* (*Bull. de thérap.*, t. XLVI, p. 84, t. LI, p. 320).

(2) Lafargue, *Des avantages de l'inoculation de la morphine* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. XXXIII, 1847, p. 19, 182, 349).

sommes, d'un autre côté, appelés à pratiquer la cautérisation que dans des cas d'une intensité telle, que les malades ne sont plus arrêtés par aucune considération.

On prend de 5 à 15 centigrammes d'un sel de morphine, on le réduit en pâte très-molle par l'addition d'une très-petite quantité d'eau ; on en charge la pointe d'une lancette ordinaire, et on l'introduit sous l'épiderme, comme dans une vaccination ordinaire, en ayant soin d'appuyer sur le point piqué avec l'index de la main gauche, avant de retirer la lancette, pour que le médicament reste dans la piqûre. On fait ainsi dix, vingt, trente piqûres sur toute la partie affectée, et l'on use par des frictions locales la quantité de morphine que l'on a d'abord résolu d'user. Sur cette quantité, il n'y en a qu'une très-petite portion qui soit absorbée. Les piqûres sont à peine douloureuses au moment où on les fait. Immédiatement après, il s'y produit le prurit légèrement cuisant occasionné par la morphine, et le pourtour rougit à une certaine distance. Le lendemain, il n'en reste d'autres traces qu'un point rouge. Il faut pratiquer ces inoculations tous les jours, et même matin et soir, jusqu'à ce que la douleur soit dissipée.

[Il serait préférable d'employer la glycérine comme excipient, en faisant dissoudre 50 centigrammes de chlorhydrate de morphine dans 5 grammes de glycérine.

Bouchut prend la teinture d'iode comme dissolvant du sulfate de morphine, selon cette formule :

♃ Sulfate de morphine..... 1 à 2 gram. | Teinture d'iode.. .... 10 gram.

On badigeonne deux ou trois fois par jour le trajet du nerf douloureux avec un pinceau trempé dans cette solution. On pourrait également employer l'alcool ou l'huile d'amandes douces (10 grammes) comme excipient de l'acétate de morphine (2 grammes).

Caminiti (de Messine) s'est servi avec succès du collodion morphiné, associant ensemble le topique calmant et le corps protecteur de la peau :

♃ Collodion élastique....... 30 gram. | Chlorhydrate de morphine.... 1 gram.]

Quand les névralgies sont superficielles, les applications topiques de *belladone* et d'atropine sont préférables, on trempe des compresses dans la solution suivante ; on les applique sur les parties douloureuses et on les recouvre d'un morceau de taffetas ciré. On les renouvelle plusieurs fois par jour ; on peut augmenter ou diminuer la quantité d'atropine selon l'effet qu'elle produit :

♃ Sulfate neutre d'atropine. 25 centigram. | Eau distillée .... 100 gram.]

On peut aussi employer le même sel en dissolution dans la glycérine (10 grammes) et l'on badigeonne avec un pinceau ; ou bien la pommade suivante :

♃ Glycérolé d'amidon........ 30 gram. | Extrait de suc non dépuré de belladone. 30gr.

La méthode *sous-cutanée* consiste à injecter sous l'épiderme les solutions de morphine ou d'atropine. Wood, Behier (1), Courty (2), l'ont beaucoup employée, et c'est au sulfate neutre d'atropine qu'on donne la préférence. On se sert d'une

(1) Behier, *Emploi des injections médicamenteuses sous-cutanées dans le traitement des névralgies et d'autres affections*, lu à l'Académie de médecine le 12 juillet 1859 (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XXIV, p. 1096, et *Union médicale*, 5 juillet 1859).

(2) Courty, *Montpellier médical.*

solution de 5 centigrammes de sel d'atropine pour 5 grammes d'eau distillée, que l'on introduit à l'aide de la seringue dite de Pravaz. Chaque quart de roue de la seringue représente une goutte de solution, et chaque goutte un demi-milligramme de sel d'atropine. On injecte de quatre à quinze gouttes, selon l'effet qu'on obtient.

Anesthésiques. — Le chloroforme, l'éther, l'iodoforme, ont été mis en usage contre les névralgies. Un lavement contenant 4 grammes d'*éther* pour 100 grammes d'eau a guéri une sciatique violente (Gaussail) (1); on peut remplacer l'éther par 10 à 20 gouttes de *chloroforme*. Le chloroforme a également réussi en applications locales (Barrier (2), Contal) (3). On en imbibe un morceau de linge ou de ouate; on l'applique sur le siége de la douleur et l'on recouvre soit avec la main, soit avec un morceau de taffetas ciré : il faut quelquefois plusieurs applications. Il est bon de mitiger le chloroforme avec un peu d'eau. D'autres fois, on le fait entrer dans un liniment (15 à 20 grammes pour 150 grammes de baume tranquille). Moretin vante l'*iodoforme* à la dose de 1^{gr},50 pour 30 grammes de collodion élastique avec lequel on badigeonne la partie douloureuse.

Vésicatoires volants multipliés. — C'est le moyen que nous avons trouvé le plus promptement et le plus constamment efficace dans les névralgies.

La *cautérisation par le fer rouge*, déjà appliquée par les Arabes, mais sans méthode, a procuré à Jobert (de Lamballe) des succès (4). Il emploie la *cautérisation transcurrente*. Le fer rouge est promené légèrement le long du trajet du nerf, comme *s'il ne faisait qu'effleurer une surface liquide*. Il en résulte une brûlure superficielle, dont la douleur est assez promptement calmée par l'application de compresses trempées dans l'eau froide, et qui, au bout de peu de temps, ne laisse plus aucune trace. Souvent il suffit de cautériser ainsi la surface de la peau qui recouvre le rameau nerveux principalement affecté, pour voir la douleur disparaître de tous les points qu'elle occupait. Quelquefois, la douleur, abandonnant le point cautérisé, se réfugie dans les autres, et il faut l'y poursuivre à l'aide du même moyen ; parfois, enfin, on peut la faire disparaître dans une partie du nerf, tandis qu'elle persiste dans l'autre, au point d'exiger une nouvelle cautérisation. Dans la névralgie sciatique, par exemple, la cautérisation transcurrente, appliquée seulement le long de la cuisse, y fait cesser la douleur qui persiste dans la jambe, où l'on est obligé d'appliquer le même moyen au bout de trois ou quatre jours.

Le cautère actuel a une efficacité incontestable, qui est supérieure à celle des vésicatoires.

Procédé opératoire. — On place le malade dans une position convenable, pour que la partie sur laquelle on veut agir soit facilement accessible au médecin. Lorsque la cautérisation demande une grande précision, comme à la face par exemple, il est bon de tracer à l'encre la ligne que doit parcourir le fer rouge ; on évite ainsi toute hésitation au moment de son application. On soumet ensuite le malade aux inhalations éthérées, et dès que l'on constate que l'insensibilité est complète, on trace rapidement avec le cautère cultellaire rougi à blanc, sur le trajet du nerf, une ou plusieurs raies, suivant l'indication, comme nous allons le voir plus

(1) Gaussail, *Journal de médecine de Toulouse*, et *Journal des connaissances médicales*, juillet 1849.

(2) Barrier, *Bulletin gén. de thérap.*, décembre 1848.

(3) Contal, *Journ. des connaiss. méd.-chirur.*, août 1849.

(4) Jobert (de Lamballe), *Études sur le système nerveux*. Paris, 1838, t. II, *passim*.

loin. Quoique le malade n'ait pas conscience de l'application du fer rouge, il pousse quelquefois des plaintes, d'autres fois il fait quelques mouvements involontaires qui gênent l'opérateur, et l'exposent à cautériser ailleurs ou plus profondément qu'il ne voudrait; aussi est-il prudent de faire maintenir le patient par des aides. Dès que la cautérisation est achevée, on applique des compresses imbibées d'eau fraîche sur le trajet de la raie de feu.

Le cautère, en parcourant la surface de la peau, y dessine des lignes brunâtres produites par la désorganisation de l'épiderme. Dans certains points l'épiderme s'est collé au fer et a été enlevé de la surface du tégument; dans d'autres, il y est resté et s'est froncé. Il suit de là que la coloration de la raie n'est pas immédiatement la même dans toute son étendue, et qu'il y a des points où, au lieu d'être brune, elle est seulement jaunâtre. Le lendemain les raies ont une teinte plus uniforme, d'un rouge brun obscur. Elles sont sèches; la portion de la peau qui leur est contiguë est très-légèrement crispée; le malade ressent un peu de chaleur sur leur trajet : les mouvements qui tendent la peau en ce point y causent une douleur qui, du reste, est très-supportable. Enfin, le surlendemain, quelquefois même dès le lendemain de la cautérisation, on voit tout le long des deux bords de la raie de feu un petit liséré rouge dont la largeur varie entre 2 ou 4 millimètres et 1 centimètre, et, dans quelques points, l'épiderme est soulevé par un peu de sérosité. Les jours suivants, le sentiment de chaleur se dissipe; la tension de la peau cesse d'être douloureuse; et, au bout de cinq ou six jours, l'épiderme, ou plutôt une croûte brunâtre qui s'est formée, tombe sans suppuration, laissant une surface rouge, lisse, unie, dont la trace s'efface complétement à la longue. Si, pendant les jours qui suivent l'application du cautère, le malade accusait un sentiment de cuisson incommode au niveau de la raie de feu, on reviendrait à l'emploi des compresses imbibées d'eau froide; mais, dans l'immense majorité des cas, il est inutile de recourir à ce moyen.

Cette cautérisation est encore plus superficielle que ne la pratique Jobert, puisqu'elle ne détermine aucune ulcération et ne nécessite pas l'application des linges enduits de cérat employés par cet auteur.

Si l'on cautérise trop profondément, la suppuration s'établit, et, avant l'élimination de l'eschare produite et la guérison de l'ulcération, il se passe un temps assez long; de plus, on est exposé à avoir une cicatrice là où le cautère a passé.

Toute cautérisation profonde doit être proscrite; en effet, dans les médications externes, c'est l'irritation superficielle qui guérit les névralgies. N'est-ce pas là le mode d'action du vésicatoire volant?

Si, dans quelques cas, les vésicatoires pansés avec la morphine ont produit plus d'effet que ceux pansés avec le cérat simple, on peut se demander si la morphine n'a pas agi plutôt comme irritant que comme sédatif. Le vésicatoire volant pansé avec du cérat simple est sec en trois jours; pansé avec du cérat saupoudré de morphine, il devient parfois le siége de vives douleurs, sa surface s'irrite, et il ne sèche qu'au bout de cinq ou six jours. Quant aux piqûres avec la morphine, elles déterminent une douleur assez vive et une irritation presque instantanée de la surface du derme, qui explique comment elles ont quelquefois calmé la douleur névralgique avant même que l'absorption ait pu avoir lieu. Leur action, dans ce

cas, est exactement la même que celle des piqûres de sangsues et des ventouses scarifiées.

L'électricité elle-même, qui compte quelques succès, agit peut-être d'une façon analogue. Les points au niveau desquels les pôles de la pile sont appliqués deviennent bientôt le siége d'une vive douleur ; la peau rougit, les bulbes des poils font saillie ; il y a irritation moins violente, il est vrai, que celle produite par le vésicatoire ; mais on conçoit qu'elle ait pu suffire pour guérir des névralgies peu intenses.

On peut en dire autant du sinapisme.

Ainsi, les modes de traitement des névralgies, qui rentrent dans la médication externe, agissent tous par l'irritation qu'ils déterminent à la surface de la peau, et ce qui fait probablement la supériorité des raies de feu sur tous les autres moyens, c'est l'instantanéité et l'intensité de cette irritation.

Il faut, quand on applique plusieurs raies parallèles, mettre entre elles une distance au moins de deux travers de doigt. Placées plus près les unes des autres, les auréoles inflammatoires qui les entourent, venant à s'étendre, se confondraient, et leur irritation, augmentant d'intensité, déterminerait d'abord des douleurs pénibles pour le malade, et ensuite pourrait favoriser le développement d'un érysipèle.

Les raies de feu ne doivent jamais s'entrecroiser, car, dans le point de l'entrecroisement, il y aurait formation d'une eschare, suppuration et cicatrice indélébile.

Les raies de feu doivent être appliquées sur le trajet du nerf et dans toute l'étendue où il présente des points douloureux. Il faut autant que possible que le cautère passe par le plus grand nombre de foyers douloureux. Les règles qui président à l'application des raies de feu sont celles qui ont été posées pour l'application du vésicatoire. Ainsi, pour une névralgie dorso-intercostale envahissant tout un côté de la poitrine, une raie verticale à deux travers de doigt en dehors des apophyses épineuses du côté malade, et deux ou trois raies transversales dans la direction des espaces intercostaux suffisent pour produire la guérison ; pour une sciatique, une raie oblique allant de la symphyse sacro-iliaque au grand trochanter, et une raie verticale suivant le trajet du nerf depuis le bord inférieur du muscle grand fessier jusqu'à la partie inférieure de la jambe.

Le lieu d'élection, la direction, la longueur des raies de feu, changent suivant la distribution variable des points douloureux, suivant que la névralgie est bornée à telle portion du nerf.

Depuis vingt ans les faits se sont beaucoup multipliés et toujours avec les mêmes résultats. [L'érysipèle s'est développé une seule fois sur quarante-cinq.]

Dans les cas intenses, il faut revenir deux, trois, quatre fois et plus à la cautérisation. *Ce mode de traitement s'est montré infaillible.* A chaque nouvelle cautérisation, il survient une amélioration notable qui, ordinairement, se fait attendre deux ou trois jours et plus. Les malades ont souvent peur de ce traitement ; c'est aux médecins à les familiariser avec lui, et ils le peuvent d'autant plus, qu'avec le chloroforme il n'est pas douloureux, et qu'immédiatement après on peut se livrer à ses occupations. Nous avons vu même des sujets se mettre en voyage, le lendemain, sans inconvénients. Un simple vésicatoire est plus douloureux et plus gênant que la cautérisation de tout un membre.

La *cautérisation avec le nitrate d'argent fondu* sur le point douloureux a été employée avec succès par Marotte (1). Sur treize observations, la guérison a été rapide et complète dix fois; dans deux cas, ce moyen a échoué, et dans un il n'a produit qu'une amélioration momentanée. Il suffit de passer à plusieurs reprises le crayon de nitrate d'argent, préalablement mouillé, sur les points qu'on veut cautériser.

Ce moyen n'a été employé que dans des névralgies symptomatiques, qui, la plupart, disparaissent rapidement d'elles-mêmes; cependant Th. Lévy a vu, dans un cas de sciatique, la douleur disparaître rapidement par ce procédé; ajoutons que, dans ce cas, un grand nombre de points douloureux avaient été touchés, et que la cautérisation faite assez fortement avait déterminé dans certains points une véritable vésication.

Le succès de cette médication n'a rien qui doive nous surprendre, puisque tout ce qui irrite la peau peut guérir la névralgie. Il est probable que dans les cas très-intenses, ce moyen ne serait pas assez puissant.

La *cautérisation par l'acide sulfurique* concentré, proposée par Legroux (2), se pratique au moyen d'un pinceau fait avec de la ouate enroulée sur l'extrémité d'une baguette. « Ce moyen, dit-il, effraye moins les malades que le fer rouge et son action est aussi puissante. Après la cautérisation on couvre les parties avec de la ouate ou des compresses d'eau froide.

Ce moyen est d'une utilité incontestable. Mais voici les inconvénients qu'il peut avoir : 1° L'épuisement du pinceau empêche le liquide d'être étendu uniformément. 2° Le peu de coloration de ce caustique expose l'opérateur à en employer une trop grande quantité, et à repasser sur des parties déjà cautérisées. 3° Sensation de brûlure assez intense après la cautérisation. 4° Cicatrisation lente des ulcérations. 5° Pour peu que l'on ait cautérisé profondément il reste des cicatrices après la guérison.

[L'*acide nitrique* monohydraté a été employé par Hamon (de Fresnay), qui se sert, à cet effet, d'un tube de verre. On peut également employer une tige de verre, ou un pinceau d'amiante, qui n'est pas attaquable par les acides. L'application de l'acide est d'une demi-seconde pour les cautérisations superficielles, et de deux ou trois secondes pour les cautérisations plus profondes. On les pratique à une distance d'un centimètre à un centimètre et demi. La région cautérisée ne tarde pas à se tuméfier; la douleur est passagère; l'eschare tombe du huitième au douzième jour, sans laisser de cicatrice.]

La *pommade stibiée*, le badigeonnage avec la *teinture d'iode*, ont amené des guérisons.

Les *sangsues* et les *ventouses scarifiées* agissent, dans l'immense majorité des cas du moins, non par le sang qu'elles enlèvent à la circulation, mais par l'irritation que produisent à la peau les incisions et les piqûres.

L'action des *sinapismes* vient encore confirmer l'exactitude de cette proposition. Lorsque la névralgie est récente et peu violente, il suffit souvent d'un ou de plusieurs sinapismes sur les principaux points douloureux pour faire cesser prompte-

(1) Marotte, *De l'emploi topique du nitrate d'argent fondu dans le traitement des névralgies* (*Journal des connaiss. méd.-chirurg.*, 1er novembre 1851, p. 556).

(2) Legroux, *De la cautérisation sulfurique appliquée aux arthrites chroniques et aux névralgies; Un mot sur l'action locale de l'ammoniaque dans ces dernières affections* (*Bulletin gén. de thérap.*, 30 septembre 1852, t. XLIII, p. 256).

ment la maladie. Dans les névralgies de longue durée et d'une intensité considérable, les sinapismes ne produisent qu'une amélioration passagère.

[L'*électricité* a été mise en usage par Magendie, Bailly (1), Gourdon (2), Duchenne (de Boulogne) père (3), James, Becquerel (4), etc., avec des résultats variés. La méthode que préfère Duchenne est la faradisation cutanée énergique, qu'on peut renouveler fréquemment et pratiquer à toutes les régions. Il a vu des névralgies rebelles à tout traitement céder d'une façon merveilleuse à la faradisation cutanée, appliquée *loco dolenti.* Cette méthode a l'inconvénient d'être très-douloureuse.]

L'*acupuncture* a joui pendant quelque temps d'une grande faveur (5). [Elle a procuré des guérisons surprenantes; mais c'est un moyen tout à fait infidèle qui est cependant peut-être trop abandonné. Elle consiste à enfoncer des aiguilles d'acier ou de platine dans les points douloureux et à les laisser en place pendant huit à dix minutes.]

L'*électropuncture* est plus douloureuse et plus efficace que l'acupuncture. On met l'anneau des aiguilles en contact avec la pile.

L'*application de l'aimant*, [celle des plaques de cuivre ou de zinc], ont été aussi vantées par quelques médecins, mais leur usage est très-peu répandu.

[Baundscheidt a inventé un instrument, le *réveilleur* ou *révulseur*, qui consiste en un tube dans lequel se meut une tige terminée par un certain nombre de pointes qu'un ressort à boudin pousse contre la peau. Ces pointes déterminent une acupuncture superficielle, et l'on badigeonne immédiatement après avec un pinceau trempé dans l'huile de moutarde. Il en résulte des vésicules analogues à celles produites par l'*huile de croton*. C'est un moyen qui n'est pas plus à dédaigner que l'emplâtre de *thapsia*, révulsif moins puissant toutefois que le vésicatoire.]

Le *massage* et la *percussion* des parties affectées de névralgie ont été généralement pratiqués par des personnes étrangères à la médecine; Récamier (6) a beaucoup vanté ces deux moyens et cité des faits de guérison. Dans plusieurs cas, nous avons employé le *massage* et plus rarement la *percussion*, pour nous rendre compte de leurs effets. Ces moyens, difficiles à supporter à cause de la douleur qu'ils occasionnent, ont produit, immédiatement après leur application, un soulagement très-marqué; mais la douleur est revenue constamment au bout d'un temps ordinairement peu considérable, et, de plus, certains malades ont eu une douleur contusive résultant de la forte pression exercée sur les tissus. On ne peut compter sur ces moyens pour obtenir, dans la très-grande majorité des cas du moins, une guérison radicale.

Les névralgies se montrent assez fréquemment chez des personnes plus ou moins *anémiques*, chez des femmes qui présentent des troubles marqués de la menstruation. C'est ce qui a engagé à mettre en usage les *emménagogues*, et surtout les *ferrugineux*. Puis quelques-uns, généralisant l'emploi des préparations ferrugineuses, les ont administrées dans toutes les névralgies indistinctement. Hutchinson

(1) Bailly, *Sur l'emploi thérapeutique du galvanisme dans plusieurs maladies* (*Revue médicale*, 1825, t. IV, p. 40).

(2) Gourdon, *Journ. des connaiss. médic.*, mars 1836.

(3) Duchenne, *De l'électrisation localisée*. 1861, 2e édit., p. 952.

(4) Becquerel, *Des applications de l'électricité*. 1857, p. 262.

(5) Dantu, *Traité de l'acupuncture*. Paris, 1826, et Bayle, *Bibl. de thérap.* Paris, 1828, t. I, p. 438 et 457.

(6) *Revue médicale.*

a particulièrement préconisé le *carbonate de fer*, [qui n'a pas toute la vertu qu'il lui reconnaît, et qui, chez les chlorotiques, n'a d'autre avantage que de consolider la guérison].

La *périodicité* fournit, dans le traitement des névralgies, une des indications les plus précieuses; [quoique trompeuse dans environ la moitié des cas, cette indication est plus précise quand il existe un élément palustre. On donne le *sulfate de quinine* à dose un peu plus élevée que dans les fièvres intermittentes simples (40, 50, 60 centigrammes à 1 gramme et plus)].

Quelques auteurs ont fait entrer le *quinquina* dans leurs préparations antinévralgiques; d'autres ont employé des succédanés de ce médicament, la *salicine*, par exemple (Serre). [L'*arsenic* (1) (Boudin), l'*apiol* (Joret), ont été employés comme succédanés du sulfate de quinine, et quelquefois avec avantage. Ch. Isnard (2) reconnaît à l'arsenic une plus grande portée, une action plus profonde, plus complète qu'au sulfate de quinine, qui est le médicament de la périodicité aiguë, tandis que l'arsenic est celui de la périodicité chronique.

Récamier, Martinet, Leriche (3), Trousseau (4), ont employé l'*huile essentielle de térébenthine*. Le meilleur mode d'administration (Trousseau) consiste à la faire prendre *pendant* le repas, sous forme de capsules. Celles de Lehuby contiennent huit à dix gouttes d'huile essentielle, et sont prises au nombre de quatre, cinq, six à deux des repas. On continue six à huit jours de suite, on cesse pendant quatre ou cinq jours, on recommence ainsi pendant plusieurs semaines. Cependant cette médication échoue dans la moitié des cas.]

Quelquefois les douleurs de la syphilis prennent le caractère névralgique. [Vaulpré (5), Gros et Lancereaux (6), Zambaco (7), ont cité de nombreuses guérisons de névralgies par les *antisyphilitiques*, le mercure et l'iodure de potassium. Cependant l'*iodure de potassium* a guéri certaines névralgies qui n'avaient rien de syphilitique.] Il est évident qu'en pareil cas, les *antisyphilitiques* conviennent seuls.

[L'*herpétisme* a donné lieu à des névralgies qui n'ont guéri que par le traitement approprié à cette diathèse (8), et quelquefois après l'établissement d'un exutoire.

Quelquefois les névralgies éprouvent une grande amélioration d'une *chaleur excessive;* d'autres fois, — c'est plus rare, — le froid convient mieux. Enfin, on a tenté la *section* du nerf douloureux avec des résultats bien contestables.]

Nous parlerons des *pilules de Méglin*, du *valérianate de zinc*, de la *belladone*, de l'*aconit*, à propos de la névralgie trifaciale, etc.

Résumé. — Les médications qui comptent les succès les plus nombreux et les plus prompts sont : 1° *pour les névralgies ordinaires*, le traitement local par les moyens qui irritent la peau, moyens à la tête desquels il faut placer la cautérisation transcurrente et les vésicatoires volants multipliés ; 2° *pour les névralgies périodiques*, le sulfate de quinine [et l'arsenic].

(1) Voy. Boudin, *Traité des fièvres intermittentes*. Paris, 1842, in-8.
(2) Ch. Isnard, *De l'arsenic dans la pathologie du système nerveux*. 1865, p. 136.
(3) Leriche, *Du traitement des névralgies par l'emploi de l'essence de térébenthine à petites doses* (*Union médicale*, 19 oct. 1848, p. 492).
(4) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. 1865, t. II, p. 334.
(5) Vaulpré, *Quelques faits de névralgies syphilitiques*.
(6) Gros et Lancereaux, *Des affections nerveuses syphilitiques*.
(7) Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*.
(8) Bazin, *Leçons sur les affect. cutanées arthritiques*, p. 129.

Il y a toujours un certain nombre de cas rebelles; il n'est pas même très-rare de voir des cas qui, ayant résisté à plusieurs des médications qui comptent le plus grand nombre de succès, finissent par céder sous l'influence d'un remède beaucoup moins efficace. Le médecin ne doit pas perdre de vue cette bizarrerie de la maladie dans certains cas. Il recherchera s'il n'existe pas quelque circonstance qui puisse lui fournir une indication particulière : ainsi un certain degré d'anémie qui indique l'emploi des ferrugineux; une périodicité quelque douteuse qu'elle soit, etc. Souvent il ne pourra rien découvrir de semblable, et alors il sera réduit à passer en revue les divers moyens conseillés.

[L'*hydrothérapie* est quelquefois un puissant auxiliaire pour combattre les névralgies. On aura recours aux douches sulfureuses de Baréges, de Cauterets, d'Enghien, de Pierrefonds, d'Aix en Savoie, mais en n'oubliant pas toutefois que ces eaux ne conviennent bien que dans les névralgies chroniques, surtout quand il existe un vice diathésique.]

ARTICLE III.

NÉVRALGIES.

Nous divisons les névralgies en huit espèces qui ont pour siége les principaux nerfs du corps, et nous indiquons comme des *variétés* les douleurs bornées à un rameau de ces nerfs. Voici cette division : 1re *espèce :* Névralgie trifaciale; *variétés :* N. sus-orbitaire, sous-orbitaire, maxillaire inférieure, nasale, temporale. Ces deux dernières variétés sont extrêmement rares. — 2e *espèce :* Névralgie cervico-occipitale; *variétés :* N. occipitale proprement dite; N. mastoïdienne. — 3e *espèce :* Névralgie brachiale; *variétés :* N. cubitale, musculo-cutanée, radiale, médiane. Cette dernière variété est fort rare. — 4e *espèce :* Névralgie dorso-intercostale; *variétés :* N. dorsale; N. intercostale. Il est fort rare que la névralgie soit limitée aux rameaux dorsaux ou aux rameaux intercostaux. — 5e *espèce :* Névralgie lombo-abdominale; *variétés :* N. lombaire, iléo-scrotale. — 6e *espèce :* Névralgie crurale. — 7e *espèce :* Névralgie fémoro-poplitée, ou sciatique; *variétés :* N. péronière, plantaire externe, plantaire interne. — 8e *espèce :* Névralgie multiple, ou erratique. — Nous ajouterons une 9e *espèce,* qui est la *névralgie générale*, dont nous avons observé plusieurs exemples (1).

[Nous ne dirons que quelques mots de la névralgie multiple ou erratique, parce qu'elle n'est autre chose que la coexistence de plusieurs névralgies chez un même individu, ou le passage de la névralgie d'un nerf à l'autre.

1° NÉVRALGIE TRIFACIALE.

Arétée, d'abord, entrevit cette maladie, puis André (2), de Versailles (1756), Fothergill (3) (1773), Méglin (4), Halliday (5), P. H. Bérard (6), Chaponnière

(1) Voy. plus loin l'article *Névralgie générale.*
(2) André, *Obs. pratiques sur.... quelques faits convulsifs.* Paris, 1756, p. 318.
(3) Fothergill, *A concise account of a painful affection of the nerves of the face.* 1805.
(4) Meglin, *Recherches sur la névralgie faciale.* Strasbourg, 1816.
(5) Halliday, *Considér. prat. sur des névralgies de la face.* Paris, 1832.
(6) Bérard, *Dict.* en 30 vol., t. XII, p. 555.
(7) Chaponnière, *Rech. sur le siége et les causes des névralgies de la face.* Thèse de Paris, 1832.

Marchal (1), de Calvi, ont fait d'intéressants travaux sur la névralgie trifaciale.]

Dans la description de cette névralgie nous traiterons séparément de l'affection douloureuse du nerf maxillaire inférieur, parce que cette névralgie partielle est celle qui se montre le plus fréquemment isolée.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Elle est uniquement constituée par la douleur du nerf trifacial ou nerf de la cinquième paire. Le nerf facial, nerf moteur, ne s'est jamais montré, d'une manière évidente, atteint de cette affection.

On a encore donné à cette maladie les noms de *tic douloureux*, *névralgie faciale*, *prosopalgie*. Le nom que nous avons adopté nous paraît devoir être admis, parce qu'il peut seul faire cesser la confusion qui règne sur ce sujet.

La névralgie trifaciale n'est pas une affection rare, mais elle est moins fréquente que la sciatique, et surtout que la névralgie intercostale.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.* — *Age.* — Le jeune âge est presque complétement exempt de cette maladie; c'est surtout dans les quatre périodes de dix ans comprises entre vingt et soixante ans, qu'on en observe les exemples les plus nombreux (2).

Sexe. — Cette affection est un peu plus fréquente chez la femme que chez l'homme; et chez la première elle a lieu un peu plus souvent avant l'âge de trente ans, tandis qu'on a observé le contraire chez le second. Le plus grand nombre des femmes dont nous avons étudié les observations avaient eu des *troubles variés de la menstruation:* suppression des règles, dysménorrhée, etc.

Constitution, tempérament. — La névralgie trifaciale attaque toutes les constitutions indifféremment; on l'a observée un peu plus souvent chez des sujets auxquels on a attribué le tempérament nerveux.

Hygiène.— Les faits ne nous apprennent rien de positif sur l'influence de l'*habitation*, de la *nourriture*, des *excès*, des *professions*, de l'*hérédité.*

Fréquemment les sujets avaient eu à une époque antérieure des affections dont le siége était dans le système nerveux.

Les *deux côtés* de la face y sont à peu près également exposés, d'après nos recherches. Rarement les deux nerfs trifaciaux sont affectés en même temps : le plus ordinairement les douleurs se font sentir dans plusieurs rameaux à la fois.

2° *Causes occasionnelles.* — [Ces causes sont : le froid, la suppression des règles, la disparition brusque d'une éruption cutanée, certaines métastases, des troubles gastriques (3) ou intestinaux, l'intoxication paludéenne, le traumatisme, la carie des dents, des tumeurs ou des lésions quelconques sur le trajet de ce nerf, la

(1) Marchal, *Recueil de Mém. de méd. et chir. milit.* 1844, t. IX, p. 188.

(2) Nous devons répéter ici, comme observation générale et s'appliquant à toutes les descriptions contenues dans les articles suivants, que ces résultats généraux sont déduits de faits sévèrement analysés dans notre *Traité des névralgies.*

(3) Neucourt, *Des maladies chroniques*, pratique d'un médecin de province, p. 509.

syphilis avec ou sans exostoses périostiques (1), avec ou sans altération du nerf, du névrilème ou des canaux.

Allan (2) cite un cas où la névralgie était produite par une *tumeur de carbonate calcaire* entourée de tissu cellulaire induré, du volume d'un pois, et située au niveau et un peu au-dessus du trou sus-orbitaire. L'extraction du corps étranger fit disparaître l'affection. Des symptômes de *coryza* sont quelquefois liés à l'existence d'une névralgie trifaciale ; mais, dans un certain nombre de cas, les signes d'inflammation de la pituitaire sont presque toujours le résultat et non la cause de la névralgie. On nous a communiqué un fait dans lequel les douleurs névralgiques cessaient lorsqu'il s'établissait un écoulement de sérosité âcre, avec irritation de la muqueuse, par la narine correspondante.

§ III. — Symptômes.

Il importe de distinguer ce qui appartient en propre à la névralgie du maxillaire inférieur fixée dans le rameau dentaire. Ce que nous allons dire d'abord s'applique à la névralgie simultanée des trois branches ; puis nous décrirons séparément l'affection partielle dont il s'agit.

1° **Névralgie simultanée des trois branches.** — *Début.* — Le début est rarement brusque. Il est ordinairement marqué par une sensation de chaleur, un prurit, de légers élancements dans les rameaux qui doivent être affectés ; puis, au bout de quelques heures ou de quelques jours, la névralgie acquiert toute son intensité.

Symptômes. — *Douleur spontanée.* Il faut distinguer la *douleur fixe*, *gravative*, *contusive*, des élancements. Cette douleur est disséminée par points, ainsi qu'il suit : le point *sus-orbitraire*, à la sortie du nerf frontal, ou un peu au-dessus ; le point *palpébral*, le plus souvent sur la paupière supérieure ; le point *nasal*, à la partie supérieure et latérale du nez ; le point *sous-orbitaire*, à la sortie du nerf de ce nom ; le point *malaire*, au bord inférieur de cet os ; plus rarement les points *alvéolaire*, *labial*, palatin et lingual ; le point *temporal*, que, d'après nos recherches récentes, nous regardons comme un des plus fréquents ; le point *mentonnier*, bien circonscrit à la sortie du nerf de ce nom ; enfin le point *pariétal*, qu'on trouve aux environs de la bosse pariétale.

C'est dans ces points que la *pression* détermine une douleur souvent très-vive, surtout pendant les paroxysmes ; c'est aussi dans ces points que se font sentir les *élancements*, ou les douleurs analogues, qui tantôt y restent fixes, et tantôt se portent plus ou moins loin dans des directions diverses, mais le plus souvent en suivant le trajet des nerfs.

Il est très-rare que les divers points qui viennent d'être indiqués soient affectés tous à la fois ; mais, dans la grande majorité des cas, *on en trouvait au moins un dans chacune des trois branches du nerf*, et, dans quelques cas légers seulement, on n'en trouvait qu'un.

Dans la minorité des cas, les organes dans lesquels se rendent les rameaux du trijumeau présentent quelques symptômes. C'est ainsi qu'on voit parfois la photophobie, le larmoiement et la rougeur de l'*œil* exister ensemble ou séparément. Plus rarement la *narine* est chaude, et sa muqueuse sécrète des mucosités abondantes.

(1) Gros et Lancereaux, *ouvr. cité*, p. 48 ; Zambaco, *ibid.*, p. 146.
(2) Allan, *Monthly Journal*, et *Journ. des connaiss. méd.-chirurg.*, 15 janvier 1853.

Quelques malades éprouvent des sifflements et des bourdonnements d'*oreille*; d'autres ressentent une douleur vague dans les *bulbes des cheveux*.

Dans un petit nombre de cas très-violents, il y a des *convulsions*, des contorsions, des spasmes, des tremblements de la face, ce qui a valu à la maladie le nom de *tic douloureux*. Dans un cas il y avait, pendant les accès, une tuméfaction considérable avec rougeur et chaleur de tout le côté de la face affecté. Jamais nous n'avons vu d'atrophie ou d'hypertrophie réelle par suite de cette affection, quelle que fût sa durée.

D'autres douleurs du même genre (dans les lombes, les parois de la poitrine, les membres inférieurs) se montrent chez certains sujets atteints de névralgie trifaciale, mais plus rarement que dans les autres névralgies.

Du côté des *voies digestives*, on n'observe ordinairement rien de remarquable. De légers troubles fonctionnels peuvent néanmoins exister, mais c'est, le plus souvent, sous l'influence du traitement. L'observation ne nous a pas démontré que cette névralgie fût évidemment liée à un état saburral des premières voies, comme quelques auteurs l'ont avancé.

Les *fonctions respiratoires* restent intactes, et si, dans quelques cas, on observe un léger *mouvement fébrile*, on en trouve presque toujours la raison dans l'influence du traitement employé.

Dans la grande majorité des cas, les femmes ont présenté des *menstrues* moins abondantes et moins régulières que dans l'état de santé.

2° **Névralgie du maxillaire inférieur.** — Cette variété est caractérisé par une douleur qui a presque toujours son siége exclusif dans la portion du nerf dentaire inférieur qui parcourt le canal creusé dans la mâchoire inférieure, et dans la houppe nerveuse qui sort par le trou mentonnier. Les douleurs, qui sont de la même nature que celles qui ont été décrites à propos de la névralgie trifaciale en général, ont leur principal point de départ au trou mentonnier ; de là elles se portent dans le canal osseux ; et souvent les dents, le menton et la partie moyenne de la lèvre inférieure, d'une part, et de l'autre les parties situées au devant de l'oreille, ressentent de vifs *élancements*. La *douleur à la pression* est presque toujours bornée au trou mentonnier, et ordinairement on ne la produit que dans un espace très-peu étendu. Nous avons vu un cas dans lequel les accès de cette névralgie étaient atroces et se reproduisaient chaque jour un nombre considérable de fois, et cela pendant un ou deux mois ; ensuite le sujet était calme pendant deux, trois ou quatre mois, puis les accidents recommençaient. Cet état si cruel durait depuis au moins vingt ans.

Lorsque la maladie est très-violente, il suffit ordinairement de l'action de mâcher, du contact d'un corps chaud ou froid sur les lèvres et les dents, et même quelquefois du simple mouvement des lèvres, pour reproduire les douleurs.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La névralgie trifaciale est caractérisée par des *accès de douleur*. Ces accès reparaissent le plus souvent à des intervalles irréguliers. Dans un certain nombre de cas, au contraire, ils se reproduisent avec une périodicité marquée, et la névralgie trifaciale est celle dans laquelle cette périodicité s'observe le plus fréquemment. Ces paroxysmes sont eux-mêmes composés d'un plus ou moins grand nombre de dou-

leurs aiguës et passagères, qui ne durent ordinairement que quelques secondes, et se reproduisent au bout d'un temps qui varie entre une demi-minute et une minute dans la plupart des cas. Pendant tout ce temps, la douleur contusive persiste avec une plus ou moins grande intensité et la pression l'exaspère.

Les *accès*, réguliers ou non, sont très-variables quant à leur *intensité ;* mais d'une manière générale les *accès périodiques* sont les plus violents. Il y a quelques exceptions à cette règle. La *durée* des accès varie aussi beaucoup suivant les cas ; quelquefois ils ne durent que quelques minutes, et d'autres fois ils se prolongent pendant des heures entières. C'est pendant leur durée que les malades expriment leur souffrance par la contraction des traits de la face, par leurs cris et leurs contorsions c'est aussi alors qu'on voit la photophobie, le larmoiement, les convulsions faciales se manifester dans les organes où vont se rendre les nerfs affectés. Il est de ces accès tellement douloureux, qu'ils jettent le sujet dans un découragement et un abattement profonds.

Les accès irréguliers se produisent aussi souvent la nuit que le jour. Ils sont généralement plus fréquents dans les temps froids. Quelquefois ils se terminent brusquement, laissant dans le calme le plus parfait les malades si souffrants un instant auparavant ; mais bien plus souvent les accès deviennent moins forts et moins longs ; ils s'éloignent, et il ne reste, au bout d'un certain temps, qu'une chaleur, un engourdissement dans le front, la face, la tête, sensations qui ne tardent pas à se calmer d'elles-mêmes, sans toutefois se dissiper complétement, dans le plus grand nombre des cas.

Dans certains cas légers la maladie peut ne durer que quelques heures, tandis que dans d'autres elle ne finit qu'avec la vie du malade.

La *terminaison* ordinaire est la guérison. Cependant l'affection peut se montrer rebelle jusqu'à la mort, qui, dans les cas connus, a été causée par une autre affection ou par un accident.

Nous avons constaté que les *récidives* ont eu lieu chez près de la moitié des sujets, et souvent la nouvelle atteinte était au moins aussi violente que la première. Quelques sujets y sont tellement exposés qu'ils en sont attaqués plusieurs fois dans une année, sous l'influence des causes les plus légères, comme l'exposition un peu prolongée à l'air froid, un léger coryza, une contrariété, et souvent sans cause connue.

§ V. — Lésions anatomiques.

[Les résultats fournis par les autopsies sont tantôt nuls, tantôt variables, et par conséquent négatifs. Ainsi on a constaté une altération des os du crâne et de la face, une tumeur fongueuse de la dure-mère, un anévrysme de la carotide interne (Romberg), l'hypertrophie (Rousset), l'atrophie (Thomas) du nerf, quelquefois des altérations comprimant, tiraillant le ganglion de Gasser ou le nerf lui-même, soit à l'intérieur, soit à l'extérieur du crâne. Le plus souvent on n'a rien trouvé.]

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Existe-t-il une névralgie du nerf facial ? D'après ce que nous avons observé, le trajet des douleurs dans le nerf facial n'a jamais été suffisamment précisé, et, dans un assez bon nombre de cas, cette douleur avait évidemment son siége dans le nerf occipital, d'où elle s'étendait par les anastomoses au nerf trifacial. Par conséquent,

selon toutes les probabilités, on avait pris pour des névralgies faciales des névralgies *cervico-occipitales*, et cette affection n'a pas son siége dans le nerf facial. Ajoutons que, examinant avec beaucoup d'attention tous les cas de névralgie de la tête, nous avons rencontré assez souvent la névralgie occipitale, maladie que maintes fois un examen peu attentif aurait pu faire prendre pour une névralgie faciale, et que nous n'avons jamais vu cette dernière affection.

[Dans la *fluxion de la joue*, il y a gonflement, chaleur, rougeur, douleur, mais ces symptômes ont une marche régulière et continue. — Quant au *rhumatisme de la face*, personne, que nous sachions, ne l'a encore observé.]

Une simple *odontalgie* pourrait faire croire à l'existence d'une névralgie ; mais le sujet indique ordinairement très-bien la source de la douleur ; quand on touche la dent, et surtout la portion cariée, la douleur est excessive ; enfin, et c'est là le point le plus important, on ne détermine pas de la douleur par la pression, dans les points d'élection qui ont été signalés plus haut. Si une névralgie était due à la carie d'une dent, en touchant la dent avec un stylet, on éveillerait les élancements névralgiques, ce qui éclairerait le médecin.

Le diagnostic de la *migraine* et de la névralgie faciale repose principalement sur la courte durée de la première. La migraine affecte les nerfs superficiels de la tête, et elle est par conséquent de nature névralgique.

La douleur causée par l'*extension d'un coryza à la muqueuse de l'antre d'Highmore* ressemble à celle qui se produit vers le trou maxillaire dans la névralgie trifaciale. Mais l'existence préalable du coryza, la douleur qui augmente dans la profondeur de la face lorsque les malades se mouchent, l'absence de véritables élancements, et par-dessus tout l'absence de douleur vive à la pression, suffiront pour faire éviter toute erreur.

Quant à une certaine *douleur* qu'on observe quelquefois *dans l'articulation temporo-maxillaire*, il suffit, pour la distinguer de la névralgie trifaciale, de remarquer qu'elle ne se produit guère que dans les mouvements de mastication.

Le nombre, l'étendue, la situation des points douloureux, et surtout des points douloureux à la pression, ainsi que la violence et le trajet des élancements, feront reconnaître le véritable siége de la maladie et son degré d'intensité.

Pronostic. — Le pronostic est favorable ; mais, dans quelques cas, cette affection est extrêmement rebelle. Ceux où la persistance de la maladie s'est montrée la plus grande sont des cas de névralgie frontale et maxillaire inférieure. Si l'affection dure un grand nombre d'années, la santé générale s'altère profondément, si déjà elle n'a pas subi de graves atteintes ; on n'a pas cité de cas authentique de mort occasionnée par le fait seul d'une névralgie trifaciale.

§ VII. — Traitement.

1° Médication externe. — *Émissions sanguines.* — Les auteurs qui ont admis l'existence d'une prosopalgie pléthorique ont conseillé la *saignée générale*, les *sangsues* derrière les oreilles, ou à l'anus ; surtout si elle coïncide avec la disparition des hémorrhoïdes ou une suppression de la menstruation ; mais, dans le petit nombre de faits où ce moyen a été employé, il n'a pas eu des effets bien avantageux, lorsqu'il s'agissait réellement d'une névralgie, et non d'une simple céphalalgie pléthorique.

Extraction d'un corps étranger ou d'une dent cariée. — Il est arrivé quelquefois (1) qu'un fragment de corps étranger est resté dans la plaie, et que l'extraction a fait cesser les douleurs. Dans d'autres cas, on obtient le même succès par l'extraction d'une dent cariée (Stillé, Halford et Bush).

Neucourt, de Verdun (2), a fait connaître un cas dans lequel les traitements les plus actifs ayant échoué, l'*avulsion de neuf dents* cariées fit disparaître complétement les douleurs névralgiques. [L'examen de la bouche est donc un point essentiel, par lequel il faut commencer.]

Nous avons indiqué un cas dans lequel l'*extraction d'un corps étranger*, qui avait son siége dans l'orbite, fit cesser les accidents.

Ces cas méritent assurément considération, mais on devra bien se garder de compter sur un succès certain, alors même que tout portera à croire que la source du mal est dans la carie d'une ou de plusieurs dents. A côté des faits précédents, on peut, en effet, en citer beaucoup d'autres où, croyant avoir trouvé la vraie cause de la maladie, on a arraché des dents, souvent en grand nombre, sans obtenir aucun résultat avantageux.

Vésicatoires. — Devant être appliqués sur le trajet des nerfs et sur les points les plus douloureux, c'est-à-dire sur divers points de la face, ils sont souvent refusés par les malades, et l'on est obligé de recourir à d'autres moyens. Le *vésicatoire unique* et *à demeure* n'a qu'une faible efficacité, et le pansement avec la pommade épispastique peut produire des douleurs insupportables, inconvénients que ne présente pas l'application des *vésicatoires multipliés et placés sur les principaux points douloureux* (front, tempe, joue). Cette dernière médication est généralement et promptement efficace. [Il est bon de les saupoudrer de chlorhydrate de morphine (p. 699).]

Cautérisation transcurrente. — Ce moyen n'est pas moins efficace dans cette névralgie que dans toutes les autres, et lorsque les douleurs sont excessives, lorsqu'elles plongent le malade dans le découragement, on est heureux d'avoir encore cette ressource précieuse.

Les *raies de feu* se pratiquent sur la face et le cuir chevelu, le long des trajets douloureux. Plusieurs fois nous avons réussi, par ce moyen, dans les cas les plus rebelles. [Les boutons de feu, la cautérisation ponctuée, sont préférables.]

Narcotiques à l'extérieur. — La névralgie trifaciale s'est calmée, et même a guéri après l'emploi des narcotiques à l'extérieur. [Nous n'avons qu'à répéter ce qui a été dit plus haut (p. 698).]

On a prescrit des *emplâtres d'extrait mou d'opium*, de *thériaque* avec ou sans incorporation de quelques décigrammes d'opium brut, etc., ou diverses pommades.

Extrait de belladone ou extrait d'aconit. . . . . 5 gram. pour 30 gram. d'axonge.

[Neucourt, de Verdun (3), recommande le moyen suivant qui lui a souvent réussi. On prend 6 centigrammes de chlorhydrate de morphine que l'on divise en trois paquets. Avec le doigt mouillé, on porte la substance d'un paquet sur la gencive

(1) Voy. Jeffreys ; J. Frank, *loc. cit.*
(2) *Arch. gén. de méd.*, 4e série, 1849, t. XX, p. 162.
(3) Neucourt (de Verdun), *Mal. chroniques*, p. 511.

du côté malade, en y faisant pendant quelques minutes de douces frictions ; on fait pencher la tête de côté, afin que la salive baigne les gencives et l'on avale cette salive contenant la morphine. S'il n'y a pas d'amélioration, on usera un nouveau paquet quatre heures après, puis le troisième à la même distance. Si l'on n'a pas obtenu d'effet, on ne continuera pas.]

Inoculations. — Un des meilleurs moyens d'employer les narcotiques à l'extérieur consiste dans les *inoculations* d'un sel de morphine. C'est surtout dans cette névralgie qui occupe des parties accessibles à la vue, que ces inoculations peuvent être employées avec avantage. Il faut les pratiquer sur le cuir chevelu, le front, la face, en un mot, sur toutes les parties atteintes par la douleur, et en faire tous les jours, ou même matin et soir, de quinze à trente, de manière à user de 8 à 10 centigrammes de sel de morphine, et plus encore, si on le juge nécessaire.

Mercuriaux à l'extérieur. — Les mercuriaux, et surtout la *deutochlorure de mercure*, appliqués à l'extérieur, ont un effet irritant bien connu.

Fleischmann emploie la solution suivante :

℞ Sublimé corrosif...... 20 centigram. | Eau distillée................ 30 gram.

Dissolvez. Appliquer sur les points douloureux des compresses trempées dans cette solution.

Des praticiens ont fait des onctions avec l'*onguent napolitain*, la *pommade au calomel*, etc. ; nous manquons de faits nécessaires pour nous prononcer sur cette médication.

Topiques divers. — Il suffit d'indiquer, parmi ces topiques, l'application du *froid* à l'aide de compresses trempées dans l'*eau froide*, de *lotions* du même liquide, de la *glace ;* les lotions avec de l'eau et une certaine quantité d'*éther sulfurique* ou *acétique ;* avec des *liqueurs spiritueuses*, des *solutions alcalines*, etc. ; ou bien l'application de la *chaleur*.

Ces moyens ont une action bien inférieure à celle du vésicatoire et de la cautérisation transcurrente, car on a été obligé de les unir à d'autres remèdes, et bien souvent on les a abandonnés pour une médication plus active.

Guérard (1) cite un cas de névralgie de dix-huit mois de date, rebelle à tous les traitements, qui céda à une application de *collodion* sur les points douloureux. C'est un moyen qu'on peut facilement essayer. [C'est le cas d'employer le collodion élastique morphiné de Caminiti (p. 700).]

Électricité. — C'est dans le traitement de la névralgie trifaciale que l'électricité a procuré le plus de succès.

[Depuis Magendie, l'application de l'électricité a été considérablement perfectionnée, surtout par Duchenne, de Boulogne (2), et cependant les succès ont été bien rares, soit qu'on ait employé la faradisation cutanée, ou le courant continu par les chaînes, ou le courant interrompu. Cette médication est très-douloureuse et trop incertaine, et les essais tentés par Rayer, à la Charité, n'ont pas été satisfaisants.]

Cautérisation profonde. — La *cautérisation profonde* forme la partie la plus saillante du traitement de la névralgie du nerf maxillaire inférieur.

(1) Guérard, *Observation de névralgie occupant les deux côtés de la face.* Guérison par le collodium (*Gazette des hôpitaux*, octobre 1852, p. 514).

(2) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 2e édit., 1861.

Traitement de la névralgie maxillaire inférieure. — André (1) commençait par appliquer sur le point douloureux, au niveau du trou mentonnier, un fragment de *potasse caustique*, de manière à produire une eschare, et, soit à l'aide de *caustiques liquides*, soit à l'aide du *cautère actuel*, il pénétrait chaque jour plus profondément, jusqu'à ce qu'il arrivât sur les filets nerveux et sur l'os. Il détruisait ces filets nerveux, puis il *entretenait la suppuration* pendant fort longtemps (trois et quatre mois). Ayant voulu fermer trop tôt la plaie, il vit dans un des cas la douleur revenir, quoique la suppuration eût été entretenue plus d'un mois. Dans un cas, il enleva à l'aide du trépan la paroi antérieure du canal dentaire, pour aller cautériser le nerf dans son intérieur.

Dans un cas où, après la chute de l'eschare, nous avons cherché à atteindre les nerfs à l'aide des caustiques liquides, nous avons vu les bourgeons charnus se reproduire si rapidement, qu'il nous a fallu, au bout de plusieurs jours des plus vives souffrances, mettre en usage le cautère actuel. Il est donc plus convenable, après avoir incisé l'eschare produite par la potasse caustique, de détruire immédiatement les tissus avec le fer rouge, opération beaucoup moins douloureuse que l'application du caustique liquide.

On peut facilement appliquer cette cautérisation au nerf frontal.

Incision, excision du nerf malade. — La simple incision du nerf est presque toujours insuffisante, et il vaut mieux recourir à l'excision. Par ce dernier moyen on a obtenu des succès éclatants. Nous avons cité (2) des faits de guérison obtenus par A. Bérard, dans des cas très-rebelles. J. Roux (de Toulon), chirurgien de la marine, en a rapporté de plus concluants encore. Lors donc que les autres moyens ont été vainement employés, et que les douleurs ne paraissent pas entretenues par une altération profonde, on doit recourir à l'excision. Nous mentionnerons ici, sans les décrire, les procédés employés par Velpeau, A. Bérard, Jules Roux et Beau, chirurgien de la marine (3).

Résumé. — Dans les cas ordinaires, nous donnons la préférence aux *vésicatoires volants.* Si l'affection résiste, on emploie la *cautérisation transcurrente*, la [*cautérisation ponctuée*], puis la *cautérisation profonde*, ou l'*excision du nerf malade.*

2° MÉDICATION INTERNE. — *Pilules de Méglin.*

℞ Extrait de jusquiame noire Racine de valériane sauv..	aa 1 gram.	Oxyde de zinc sublimé......... 1 gram.

Faire vingt pilules.

D'abord une pilule matin et soir; puis on double la dose tous les jours, jusqu'à ce qu'une amélioration sensible, ou quelques accidents du côté des voies digestives et de l'encéphale viennent avertir le médecin qu'il a atteint ou dépassé la dose convenable. Après l'administration de chaque pilule, on fait prendre immédiatement une *infusion de tilleul* et *de feuilles d'oranger.*

Lorsque l'amélioration est bien marquée, et qu'on peut considérer la guérison comme assurée, on ne suspend pas brusquement l'emploi des pilules, mais on les

(1) André, *Observat. sur les maladies de l'urèthre et sur plusieurs faits convulsifs.* Paris, 1756, in-12.
(2) Valleix, *Traité des névralgies.*
(3) Voy. *Union médicale,* 1852, p. 479.

continue à doses décroissantes, et de manière à suivre, en sens inverse, l'ordre indiqué pour les doses croissantes. Enfin on continue les dernières doses pendant un temps plus ou moins long.

[Nous pensons que la puissance de ces pilules a été un peu exagérée.]

Valérianate de zinc. — Le valérianate de zinc jouit de la plus grande réputation, surtout en Italie, comme remède contre les névralgies, et principalement contre la névralgie trifaciale. On peut l'administrer en pilules, en poudre, ou en potion.

PILULES.

℞ Valérianate de zinc...... 60 centigram.
Gomme adragant....... 2 gram.

Faites douze pilules. Une matin et soir. On peut augmenter la dose sans danger.

POUDRE.

℞ Valérianate de zinc........... 1 gram.
Sucre pulvérisé.............. 5 gram.

Mêlez et divisez en vingt paquets. Un à quatre par jour.

En potion, on le fait prendre à la dose de 10 centigrammes dans une potion de 120 grammes, une cuillerée toutes les demi-heures.

Devay regarde comme devant être rebelles à ce traitement et les *névralgies à principe rhumatismal*, et les *névralgies larvées à courte période*, ce qui ne doit pas nous inspirer une très-grande confiance dans la substance dont il s'agit, surtout si l'on compare ses effets à ceux des vésicatoires et de la cautérisation, qui ne comptent pas un aussi grand nombre d'exclusions. Il faut d'ailleurs un temps ordinairement assez long (trente, quarante jours et plus) pour obtenir une guérison solide; pour les vésicatoires, le traitement, dans la plupart des cas, est beaucoup plus court.

Tournié (1) associe à ce médicament la *jusquiame* et l'*opium*, et cite huit observations dans lesquelles la névralgie a disparu dans une moyenne de six jours.

℞ Valérianate de zinc.... 30 centigram.
Extrait de jusquiame. . 15 centigram.
Extrait d'opium........... 8 centigram.
Conserve de rose .... q. s.

Faites six pilules.

Le premier jour il en donne deux ou trois, à trois heures d'intervalle l'une de l'autre. « Il est très-rare, dit-il, que cette première dose ne calme pas presque » complétement la douleur. Si elle n'est que légèrement diminuée, on renouvelle » le second jour la même dose que celle du premier jour. » Il ne lui est jamais arrivé de donner les trois pilules pendant trois jours de suite. Lorsque la névralgie a très-sensiblement diminué d'intensité, on donne deux ou une pilule par jour, selon que l'on en avait donné trois ou deux les premiers jours; et au boutde quatre ou cinq jours la névralgie est guérie.

Carbonate de fer. — Ce médicament, vanté surtout par Hutchinson, a procuré sans doute quelques guérisons; mais c'est un médicament d'une efficacité très-bornée. C'est aux cas où il y a des signes de chlorose qu'il faut réserver son application, aussi bien chez les hommes que chez les femmes. On l'a donné à la dose de 2, 3, 4 et 5 *grammes.*

Narcotiques à l'intérieur. — Les réflexions faites à propos de l'application des

(1) Tournié, *Du valérianate de zinc associé aux extraits de jusquiame et d'opium contre les névralgies même intenses affectant les nerfs de la cinquième paire* (*Union médicale*, 2 et 4 décembre 1851, p. 577).

narcotiques à l'extérieur s'appliquent à leur usage interne. Ils ont moins d'efficacité, comme antinévralgiques, quand on les administre de cette manière.

Nous nous bornerons par conséquent à indiquer l'emploi de l'*opium*, des *sels de morphine*, du *datura stramonium*, et même de la *ciguë*, quoique Fothergill (1) lui ait attribué une vertu particulière. Dans les cas où, à l'aide de ces moyens, on a obtenu l'amélioration la plus marquée, on a élevé très-haut les doses, d'une manière croissante.

[La *belladone* est, dans cette névralgie, le plus sûr des narcotiques. On fait des pilules de 25 milligrammes d'extrait de belladone; on en donne une, deux ou trois chaque jour, selon l'idiosyncrasie. Sandras préfère l'extrait de belladone à l'extrait de jusquiame.

C'est dans les névralgies faciales qu'Aran (2) a employé l'extrait d'*aconit* à hautes doses. Il commençait par des pilules de 5 centigrammes, et en faisait prendre successivement jusqu'à 10 et 12 par jour. Les névralgies traitées par Aran étaient périodiques.]

Mercuriaux à l'intérieur. — C'est le calomel qu'on a le plus employé de cette manière. Voici la poudre que conseille P. Frank :

♃ Musc................	5 centigram.	Soufre doré d'antimoine....	3 centigram.
Calomel	3 centigram.		

Prendre cette poudre deux fois par jour.

Macter (3) a vu disparaître une névralgie qui durait depuis cinq ans, après l'administration de la préparation suivante :

♃ Extrait de ciguë......	10 centigram.	Calomel...............	10 centigram.

A prendre deux fois par jour.

Quelques auteurs n'ont pas craint d'administrer les préparations mercurielles jusqu'à production de la salivation; mais quelques succès au milieu d'insuccès nombreux ne suffisent pas pour engager à recourir à cette médication.

Antispasmodiques. — L'efficacité des antispasmodiques n'étant pas bien démontrée, nous nous bornons à indiquer l'emploi du *musc*, du *castoreum*, du *camphre*, de l'*asa fœtida*, moyens qu'on peut mettre en usage pour calmer certains symptômes, mais dont on ne doit pas attendre une guérison définitive.

Vantée par Rœlants (4), la *noix vomique* est un moyen fort infidèle; ce médecin la faisait prendre en poudre, à la dose de 0^{gr},03, toutes les deux heures, dans un peu d'eau sucrée. Toutefois, c'est un médicament dangereux à manier.

[L'*acide arsénieux*, depuis notre dernière édition, a été employé sur une plus vaste échelle et avec un succès presque constant. Ch. Isnard (5) l'a vu réussir dans les névralgies trifaciales périodiques ou irrégulières : il commence par la dose de 15 milligrammes, en solution dans l'eau distillée.]

(1) Fothergill, *Med. obs. and. inquiry*, 1776.
(2) Aran, *Bons effets de l'extrait d'aconit à haute dose dans le traitement des névralgies faciales périodiques*, octobre 1856 (*Bull. de thérapeutique*, janvier 1854, t. XLVI, p. 84).
(3) *Graefe und Walther's Journal der Chirurgie*, 1833.
(4) Rœlants, *Alg. Konst., Letterbode*, n° 10, 1843.
(5) Isnard, *ouvr. cité*, p. 141-245.

Vomitifs. — La plupart des auteurs ont admis qu'il est certains cas où la névralgie est liée à un *état saburral* des premières voies, et que dans ces cas un vomitif ou un vomi-purgatif produit le meilleur effet. Nous ne nions pas la possibilité du fait; mais nous pensons que dans ces cas il n'était question d'autre chose que de la céphalalgie qui accompagne l'embarras gastrique, et qui était un peu plus violente qu'à l'ordinaire. Quoi qu'il en soit, un vomitif ordinaire ou un *éméto-cathartique* est administré en pareil cas, et l'on répète le médicament si l'affection résiste.

Moyens divers. — On distingue la poudre des feuilles du *rhus toxicodendron*, à la dose de 2 centigrammes, trois fois par jour (Anderson); les frictions avec le *goudron* (1), l'*hydrochlorate de potasse;* le *carbonate de cuivre*, à la dose de 4 grammes par jour (Richmond); le *carbonate de potasse ;* le *cyanure de potassium ;* l'application externe d'une solution de *tartre stibié* (2), ou de la *pommade stibiée* avec incorporation de *mercure* (3); des frictions avec la *vératrine*, d'après la formule suivante (4) :

℞ Vératrine...	de 50 centigr. à 1 gram.	Axonge..................	30 gram.

Mêlez. Faire, deux fois par jour, des frictions sur les points douloureux, avec gros comme une noisette de cette pommade.

Enfin, l'*acide cyanhydrique*, le *café*, l'exposition à la *vapeur de l'eau bouillante*, et même l'usage interne du *phosphore.*

Nous terminerons en donnant deux formules de pilules dites *antinévralgiques*, et qui contiennent plusieurs des substances préconisées. La première, employée par Trousseau, est ainsi conçue :

℞ Extrait de stramoine....	aa 50 centigr.	Oxyde de zinc..........	50 centigram.
Extrait aqueux d'opium.			

Faites quarante pilules. A administrer depuis une jusqu'à huit dans les vingt-quatre heures. Il faut avoir soin d'en porter la dose jusqu'au point où le malade commencera à éprouver des hallucinations, ou au moins un grand trouble de la vue, et continuer ainsi au moins quinze jours après la cessation totale des douleurs.

Marchal (de Calvi) propose les pilules suivantes, qui ont réussi dans un cas qui avait résisté à plusieurs moyens, et notamment aux vésicatoires réitérés et à l'hydrochlorate de morphine par la méthode endermique (5) :

℞ Sulfate de quinine.....	80 centigr.	Poudre de feuilles d'oranger.	aa 1 gram.
Extrait de valériane	1 gram.	Poudre de cannelle......	
Extrait aqueux d'opium..	20 centigr.	Sirop de belladone....	q. s.

Faites trente pilules. Dose : une toutes les heures.

Traitement de la névralgie trifaciale périodique. — C'est dans la névralgie

(1) Coiwille, *The Edinburgh med. and surg. Journ.*, 1814.
(2) Magri, *The Lond. med. and phys. Journ.*, 1820.
(3) Thompson, *Cases of tic. dol.*, etc. London, 1834.
(4) Turnbull, *On invest.*, etc. London, 1834.
(5) Marchal (de Calvi), *Guérison de névralgie trifaciale* (*Gazette des hôpitaux*, janvier 1846, p. 38).

trifaciale que la maladie présente le plus souvent le type intermittent. C'est aussi dans cette affection qu'on a obtenu les plus nombreux succès à l'aide du *quinquina* et du *sulfate de quinine.* Rennes, sur trente-deux cas observés dans l'espace de quinze mois, les a tous promptement guéris par le sulfate de quinine. Dans les cas que nous avons recueillis, et qui présentaient une périodicité marquée, la moitié ont été rebelles à cette médication, tandis que les autres étaient améliorés en trois ou quatre jours, et complétement guéris en huit ou dix.

Le *sulfate de quinine* se donne à la dose de 40, 50, 60 centigrammes, ou même *un gramme* et davantage. [Quelquefois, ce n'est qu'au bout de plusieurs jours que l'amélioration se manifeste. Le mode d'administration est le même que pour les fièvres intermittentes.]

Devay (1) a avancé que le *valérianate de quinine* est supérieur au sulfate de quinine dans le traitement des névralgies périodiques; mais les faits qu'il rapporte, bien que la guérison ait été obtenue, ne suffisent pas pour démontrer l'exactitude de cette assertion. Ce médecin prescrit de 30 à 40 centigrammes de valérianate de quinine chaque jour.

Les traitements qui ont réellement pour eux la sanction de l'expérience sont : 1° les *vésicatoires volants multipliés*, dont l'utilité, dans la grande majorité des cas, n'est pas douteuse; 2° la *cautérisation transcurrente*, plus efficace encore, mais qu'on ne peut pas toujours mettre en usage; 3° la *cautérisation profonde*, qu'on ne peut proposer que pour la névralgie du maxillaire inférieur, ou pour les cas dans lesquels la douleur est principalement concentrée dans le nerf frontal; 4° l'*excision du nerf* : moyen extrême; 5° les pilules de Méglin et le valérianate de zinc, qui ont procuré des succès, mais dans une proportion difficile à préciser; [6° l'*acide arsénieux*]; 7° la *noix vomique*, qui a l'inconvénient de déterminer des accidents parfois fort graves; 8° le *sulfate* et le *valérianate de quinine*, dans des cas donnés.

Quant aux autres moyens recommandés, on ne saurait se prononcer sur leur efficacité réelle.

Résumé. — 1° *Médication externe.* — Émissions sanguines; extraction d'un corps étranger; vésicatoires à demeure, volants, multipliés; cautérisation transcurrente, profonde; applications irritantes; électricité; narcotiques à l'extérieur; mercuriaux à l'extérieur; application du froid; excision du nerf.

2° *Médication interne.* — Pilules de Méglin; valérianate de zinc; carbonate de fer; narcotiques à l'intérieur; mercuriaux à l'intérieur; antispasmodiques; noix vomique; arsenic; vomitifs; moyens divers.

3° Traitement de la névralgie trifaciale périodique.

2° NÉVRALGIE CERVICO-OCCIPITALE.

Ph. Bérard est le premier (2) qui ait désigné d'une manière positive cette affection, dont la description manquait encore.

(1) Francis Devay, *Mémoire sur le valérianate de quinine, de son mode de préparation, de son emploi thérapeutique dans les fièvres et les névralgies intermittentes* (*Gazette médicale*, octobre 1844, p. 666).

(2) Ph. Bérard, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol. Paris, 1835, t. XII, art. NÉVRALGIE DE LA FACE.

§ I. — Siége de la maladie.

Elle a son siége dans les *branches postérieures des quatre premières paires cervicales*, parmi lesquelles la plus importante est le grand nerf occipital d'Arnold.

§ II. — Causes.

Nous n'avons rien à ajouter ici à ce que nous avons dit à propos de l'étiologie de la névralgie trifaciale.

§ III. — Symptômes.

1° *Douleur spontanée.* — La *douleur gravative* et *continue* se fait sentir dans plusieurs points qui seront tout à l'heure bien précisés lorsqu'il s'agira de la douleur à la pression ; et le plus constant et le plus incommode de ces points se trouve *entre l'apophyse et les premières vertèbres cervicales.* Les autres points où se fait sentir cette douleur sont disséminés sur la partie postérieure de la tête et du cou, et même sur l'épaule.

Des *élancements* ou des douleurs analogues (piqûre, déchirement, etc.) viennent, par moments plus ou moins rapprochés, se joindre à une douleur continue. Ils partent presque toujours d'un point situé au-dessous de l'occiput, un peu en dehors des vertèbres cervicales, et de là vont retentir dans les parties supérieures du crâne. Quelquefois ces douleurs lancinantes se font sentir jusque dans l'intérieur de l'oreille, mais dans un point qui ne paraît pas situé plus profondément que le conduit auditif externe.

2° *Douleur provoquée.* — La douleur à la pression fait reconnaître l'existence des points suivants, qui peuvent très-bien ne pas exister tous ensemble chez le même sujet, mais dont on trouve toujours plusieurs, surtout au moment des exacerbations. Ces points sont : le *point occipital*, entre l'apophyse mastoïde et les vertèbres cervicales ; le *point cervical superficiel*, au lieu d'émergence des principaux nerfs qui concourent à former le plexus du même nom ; le *point pariétal*, commun à cette affection et à la névralgie trifaciale ; le *point mastoïdien*, sur l'apophyse mastoïde ; le *point auriculaire*, sur la conque de l'oreille.

Ces divers points douloureux sont souvent assez étendus du côté du cou ; ils sont au contraire généralement circonscrits sur l'apophyse mastoïde, la conque de l'oreille et la bosse pariétale.

Ce qu'il importe surtout de remarquer dans cette disposition des points douloureux, c'est ce point intermédiaire entre les deux névralgies de la tête, ou plutôt, ce point commun à ces deux affections. Il en résulte que les douleurs lancinantes se transmettent avec la plus grande facilité du nerf frontal au nerf occipital, et réciproquement, et même que la névralgie, d'abord née dans un de ces nerfs, envahit bientôt l'autre, de manière à y produire non-seulement la douleur lançinante, mais la douleur gravative et la douleur à la pression dans les points désignés. On pourrait donc établir deux nouvelles espèces de névralgies qu'on appellerait, l'une *trifacio-cervicale*, l'autre *cervico-trifaciale*, suivant le nerf qui serait le plus affecté. On verra plus loin quel jour ces faits jettent sur le *diagnostic*.

Relativement aux complications et aux *symptômes généraux*, nous n'avons rien à dire ici qui n'ait été exposé dans l'article consacré à la *névralgie trifaciale.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Cette névralgie présente des accès parfois très-violents, et les exacerbations paraissent le plus souvent sous l'influence de l'abaissement de la température. La *durée* et la *terminaison* ne nous présentent non plus rien de particulier.

§ V. — Diagnostic.

On a maintes fois pris pour une *névralgie du nerf facial* l'affection dont il s'agit. Nous avons maintenant l'explication de cette erreur. Les élancements partant d'un point voisin de l'oreille, se faisant même sentir dans le conduit auditif externe, se portent vers la face en contournant la tête par l'intermédiaire des nerfs occipital et frontal; le malade, si on ne l'interroge pas avec soin, et si l'on n'examine pas les parties à l'aide de la pression convenablement exercée, peut donc facilement vous tromper, car les points de départ et les points d'arrivée des élancements sont exactement ce qu'ils devraient être s'il existait réellement une névralgie du nerf facial. Il faudra donc, pour éviter l'erreur, rechercher avec soin les points occipital, pariétal et frontal, et avoir soin de demander au malade quel est le trajet des élancements.

On peut se demander s'il ne serait pas possible de confondre cette névralgie avec le rhumatisme du cou, connu sous le nom de *torticolis*. Mais voici ce que nous avons observé dans les cas où il n'existait qu'une douleur évidemment musculaire. Les mouvements de la tête étaient douloureux, à un degré ordinairement considérable; ils l'étaient surtout lorsqu'ils exigeaient une forte contraction des muscles affectés. S'il y avait des élancements, ils étaient sourds et restaient fixés dans les points malades; la pression déterminait une douleur moins vive, mais plus étendue que dans la névralgie; enfin, dans l'immobilité complète, la douleur était nulle, ou presque nulle, et ne revenait pas par accès (1). Malgré cette distinction, il faut convenir que, dans certains cas, il y a un assez grand rapport entre les deux maladies; mais c'est une question sur laquelle nous reviendrons en parlant du rhumatisme musculaire.

Le *pronostic* ne diffère pas de celui de la névralgie trifaciale.

§ VI. — Traitement.

« Le traitement employé dans plusieurs des cas précédents a été varié. On a vu le demi-succès obtenu par André à l'aide de la *cautérisation profonde* (employée sur le *point occipital*, de la même manière que sur le point mentonnier dans la névralgie du nerf dentaire inférieur); les *vésicatoires volants très-multipliés* ont produit, dans un cas, un soulagement sensible à chaque application, sans toutefois triompher complétement de la maladie; mais il s'agissait d'une de ces névralgies mobiles qui paraissent tenir à un état général du système nerveux, et qui sont si difficiles à guérir. Dans deux cas, l'emploi de deux vésicatoires volants appliqués sur le point douloureux de la nuque a été suivi du succès le plus prompt et le plus manifeste. Dans un autre, les inoculations de morphine ont parfaitement réussi. Dans un plus grand nombre la névralgie a été enlevée par la *cautérisation transcurrente*. L'emploi des *pilules de Méglin* a été avantageux chez un sujet, chez un

(1) Valleix, *Traité des névralgies*, p. 270.

autre le résultat a été moins évident. On n'a pas oublié le cas cité par Leydig (1), et, dans lequel la maladie ayant pris un caractère de périodicité prononcé, le *sulfate de quinine* en a promptement triomphé. L'emploi des *frictions mercurielles*, prescrit par Watton, et suivi d'une amélioration rapide et de la guérison définitive, a besoin d'être soumis à de nouvelles expériences.

» De tous ces moyens, c'est encore le vésicatoire volant multiplié qui a eu le plus souvent d'heureux effets. »

La cautérisation transcurrente est encore plus efficace.

3° NÉVRALGIE CERVICO-BRACHIALE.

Cotugno (2) s'était borné à indiquer l'existence, dans le nerf cubital, d'une douleur semblable à celle qui caractérise la névralgie sciatique. Chaussier n'a décrit que la névralgie *cubito-digitale*, et les auteurs qui l'ont suivi se sont bornés à donner des observations de névralgies musculo-cutanée, radiale, etc.

§ I. — Causes.

Une *violence extérieure*, une brûlure, une piqûre, ont produit quelquefois une névralgie d'une branche nerveuse du membre supérieur. Nous avons cité (3) une névralgie médiane due à une brûlure, et une névralgie cubitale due à une contusion. Dans plusieurs cas la névralgie cervico-brachiale a succédé à des *douleurs rhumatismales des muscles de l'épaule.* Nous n'avons pas trouvé d'autres causes appartenant en propre à l'affection dont il s'agit. Nous avons noté la plus grande fréquence de cette névralgie dans le membre gauche; mais les faits sont en trop petit nombre pour qu'on regarde ce résultat comme définitif.

§ II. — Symptômes.

1° *Douleur spontanée.* — La douleur *contusive*, *gravative*, *continue*, s'est fait sentir dans tous les points, elle se montre surtout à l'épaule, lorsque, comme c'est le cas le plus ordinaire, un certain nombre de branches du plexus sont affectées. Les *élancements* se portent ordinairement de l'extrémité supérieure du membre jusqu'à l'extrémité inférieure en suivant le trajet des nerfs. Nous les avons vus prendre leur source dans le creux de l'aisselle, et se porter en divergeant, d'une part, vers l'épaule et le cou, et de l'autre, vers la main, en suivant le nerf cubital.

2° *Douleur provoquée.* — Dans tous les cas où elle a été recherchée, la *douleur à la pression* a existé dans un certain nombre des points suivants : le *point cervical inférieur*, un peu en dehors des dernières vertèbres cervicales; le *point post-claviculaire*, dans l'angle formé par la clavicule et l'acromion; le *point deltoïdien* ou *circonflexe*, à la partie supérieure du deltoïde; le *point axillaire*, dans le creux de l'aisselle; le *point épitrochléen*, à l'endroit où le nerf cubital contourne l'épitrochlée; le *point cubito-carpien*, vers la jonction du cubitus et du carpe; le *point radial*, à l'endroit où le nerf de ce nom contourne l'humérus; le *point radio-carpien*, vers l'articulation du radius et du carpe; les *points digitaux*.

De tous les points douloureux, ceux qui sont le mieux circonscrits sont généra-

(1) Halliday, *Considérations pratiques sur les névralgies de la face.* Paris, 1832, p. 55.
(2) Cotugno, *loc. cit.*, cap. XXXI.
(3) Valleix, *Traité des névralgies*, cap. XXXI.

lement les points cubito-carpien et radio-carpien. La douleur qu'on y détermine par la pression convenablement exercée est quelquefois très-grande, et l'on peut par ce moyen donner lieu à des élancements dans tout le membre. Les mouvements du bras, et, lorsque l'affection est violente, l'éternument, les grands mouvements du tronc, augmentent la douleur, surtout dans l'épaule.

Névralgie brachiale nocturne. — Gamberini (1) a observé une forme singulière de *névralgie brachiale* qui commence par une douleur à l'extrémité des doigts d'une main, le plus souvent aux deux derniers, pour s'étendre de là le long de l'avant-bras jusqu'à un ou deux pouces du coude. C'est la nuit que la douleur se développe; elle fait perdre le sommeil et devient intense au point d'arracher des cris. Le jour ramène le calme; peu de malades conservent le moindre ressentiment des souffrances de la nuit. Quant à la partie douloureuse, elle n'offre, pendant l'accès ni après, aucune altération sensible, ni augmentation de température, bien que pendant ces douleurs le malade y accuse une vive sensation de chaleur et écarte les couvertures. Et cependant, s'il cherche à calmer cette chaleur importune par des réfrigérants, la souffrance devient atroce. Cette dernière est également exaspérée par des mouvements brusques. On entend quelquefois une crépitation manifeste des tendons, ressemblant au bruit de la neige qu'on écrase sous les pieds. Le plus ordinairement il n'y a qu'un seul membre d'attaqué. Les femmes sont plus particulièrement disposées à cette maladie, spécialement les femmes de vingt à trente ans, de constitution robuste, et dont la profession impose des mouvements fatigants aux membres supérieurs.

Le *sulfate de quinine*, qui semblerait si bien indiqué contre cette forme intermittente de névralgie, est cependant complétement inefficace. La *belladone* paraît le remède le mieux approprié. La maladie n'a jamais manqué d'être promptement améliorée, et elle a été souvent guérie par des frictions faites sur les parties douloureuses avec une pommade contenant 4 grammes d'extrait de belladone pour 30 d'axonge. Il peut y avoir, d'ailleurs, à remplir d'autres indications tirées de l'état général. C'est ainsi qu'une saignée a complété la guérison chez une femme enceinte.

Névralgie cubitale. — C'est la plus fréquente de toutes les variétés. Elle est uniquement caractérisée par la circonscription des douleurs dans le nerf cubital. Du reste, les points douloureux sont les mêmes. Ce qu'il y a surtout de remarquable dans les symptômes, c'est la douleur qui se fait sentir dans les deux derniers doigts de la main, et principalement dans le petit doigt. Quelquefois aussi il y a dans ces doigts un engourdissement semblable à celui que produit la compression du nerf cubital auprès de l'épitrochlée, ce qui a fait comparer cette névralgie aux douleurs que cause la contusion du nerf dans le lieu que nous venons d'indiquer.

Névralgies radiale, médiane, musculo-cutanée. — La connaissance du trajet des nerfs qui sont le siége de ces affections suffit pour faire concevoir les symptômes qui leur sont propres. Relativement à la névralgie radiale, le point douloureux qui existe à l'endroit où le nerf contourne l'humérus est surtout important à constater, et, du côté de la main, le pouce est principalement douloureux et engourdi.

(1) Gamberini, *Il Raccoglitore medico*, et *Journ. des connaiss. médico-chirurg.*, 1[er] juillet 1848.

Dans les cas où l'on a admis l'existence de ces névralgies partielles, on a généralement négligé de rechercher si les autres points du plexus brachial étaient ou n'étaient pas douloureux, et tout porte à croire qu'ils l'étaient dans plusieurs de ces cas.

Sous le rapport des *complications, symptômes généraux* de la *marche*, de la *durée*, de la *terminaison*, cette névralgie n'offre rien qui n'ait été indiqué à propos de la névralgie en général.

§ III. — Diagnostic.

Dans le *rhumatisme musculaire*, « la douleur, soit spontanée, soit à la pression, occupe une plus large surface ; les points douloureux ne sont point disséminés comme dans la névralgie ; les élancements sont moins étendus, moins violents, et ne reviennent pas par accès marqués. C'est dans les mouvements que la douleur est à son summun d'intensité. Elle est quelquefois telle alors, qu'il est impossible au malade de remuer le bras, tandis que, dans l'immobilité, elle est nulle ou presque nulle (1). »

L'*arthralgie saturnine* n'a jamais un trajet aussi circonscrit que la névralgie ; elle ne suit pas les cordons nerveux ; elle occupe quelquefois toute l'épaisseur des membres près des articulations ; les points douloureux de la névralgie ne se trouvent pas dans l'arthralgie saturnine.

[Dans l'arthralgie saturnine comme dans les douleurs syphilitiques, on sera éclairé par les antécédents.]

Rien de particulier sous le rapport du *pronostic*.

§ IV. — Traitement.

Dans tous les cas traités par les *vésicatoires volants multipliés*, le succès a été rapide et constant. Cotugno voulait qu'on appliquât le vésicatoire sur un seul point, l'épitrochlée, parce qu'il le compare au point douloureux qui, dans la sciatique, occupe la tête du péroné, qui est, comme on le sait, le lieu d'élection pour l'application de l'emplâtre vésicant dans le traitement de la névralgie du membre inférieur. Depuis que nous employons la *cautérisation transcurrente*, la guérison a été plus rapide et non moins constante que par les vésicatoires multipliés.

Dans quatre cas traités par Martinet, l'emploi de l'*huile essentielle de térébenthine* a réussi en peu de temps (de trois à douze jours), quoique, dans un d'eux, la maladie durât depuis trois ans. On devra donc avoir recours à ce médicament, si les vésicataires échouent (2).

Enfin on ne doit pas perdre de vue l'indication fournie par le caractère intermittent, périodique : alors, le *sulfate de quinine* est avantageusement administré.

4° NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.

[Cette névralgie a commencé à être étudiée par Nicod (3) ; elle l'a été plus com-

(1) Valleix, *Traité des névralgies*, p. 330.
(2) Voy. NÉVRALGIE SCIATIQUE, *traitement*.
(3) Nicod, *Observation de névralgie thoracique* (*Nouv. journ. de méd.*, t. III, 1818).

plétement par Brown (1), Isaac Parrish (2), Bassereau (3) Beau (4), Piorry (5), Léoni (6).]

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La névralgie dorso-intercostale est suffisamment définie par son nom.

Les auteurs lui ont donné les noms de *névralgie thoracique*, *névralgie intercostale*, *névralgie des nerfs intercostaux*, des *nerfs spinaux*, *spinal disease*, *spinal irritation*, *irritation of the spinal marrow*. Il est plus que probable que, sous le nom de *pleurodynie*, on a bien des fois désigné une affection qui n'était autre que la névralgie dorso-intercostale.

La *fréquence* de cette affection est très-grande : elle est cinq ou six fois au moins plus fréquente que la sciatique.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.* — Nous n'avons pas observé cette maladie chez des sujets de moins de neuf ans; c'est de dix-sept à quarante ans qu'elle se montre ordinairement.

Le *sexe* a une très-grande influence sur la production de la maladie (Nicod), dans la très-grande majorité des cas, elle se manifeste chez les femmes.

Les sujets étaient presque tous d'une *constitution* médiocrement forte et d'un *tempérament nerveux*. Chez la plupart des femmes, les *menstrues* présentaient, soit une *éruption douloureuse*, soit une *irrégularité* plus ou moins grande dans leur apparition, soit une *diminution*, soit une *suppression*. Quel est le rapport de ces troubles fonctionnels avec la névralgie? C'est ce qu'il est difficile de dire d'une manière précise. Cependant leur proportion considérable porte à croire qu'ils ne sont pas sans influence sur la production de la névralgie, ou du moins sans liaison avec elle. Les mauvaises *conditions hygiéniques* n'ont été notées que dans un petit nombre de cas.

Le plus souvent la maladie occupe le *côté gauche*. Quand elle se fait sentir des deux côtés, elle est aussi généralement plus vive à gauche. Nous l'avons vue se montrer de préférence dans les *sixième*, *septième* et *huitième espaces intercostaux*.

2° *Causes occasionnelles.* — Elles se réduisent à un *excès de travail*, ou à un *coup* reçu sur la poitrine. Dans quelques cas, la maladie survient après un *zona* des parois thoraciques, ou dans le cours de la *phthisie pulmonaire* (7). Parfois l'apparition de la névralgie intercostale accompagne ou suit de près celle d'une *bronchite* parvenue aux dernières ramifications des bronches, à la partie inférieure des poumons. Nous avons rencontré aussi quelques cas où, à la névralgie intercostale,

(1) Brown, *The Glasgow med. Journ.*, 1828.
(2) Isaac Parrish, *On irritation of the spinal marrow*, etc. (*The Amer. Journ.*, 1832).
(3) Bassereau, *Essai sur la névralgie des nerfs intercostaux*, thèse. Paris, 1840.
(4) J. H. S. Beau, *De la névrite et de la névralgie intercostale* (*Archives de médecine*, février 1847, p. 161).
(5) Piorry, *Rapport sur le mémoire de M. Lecadre sur les névralgies intercostales* (*Bull. de l'Acad. de médecine*, 1853, t. XVIII, p. 1121).
(6) Léoni, *Considér. sur la névralgie des nerfs intercostaux.* Thèse de Paris, 1858.
(7) [Pour Beau (*Mém. cité*), cette prétendue névralgie ne serait qu'une névrite.]

se trouvait liée une *gastralgie* assez intense (voy. DYSPEPSIE CHLORO-ANÉMIQUE).

§ III. — Symptômes.

Douleur spontanée. — Douleur continue. — Elle est sourde, contusive, et bornée généralement aux points où la pression est douloureuse. Elle peut s'amender très-notablement dans l'intervalle des accès, mais il est bien rare qu'elle disparaisse complétement.

Douleur intermittente. — Elle est vive, et constituée par des *élancements* revenant à des intervalles irréguliers. Ces élancements, qui parfois sont remplacés par un sentiment de *déchirement* ou de *piqûre*, ont leur point de départ, tantôt dans une partie du nerf, tantôt dans une autre; mais ordinairement ils se portent du dos vers l'épigastre ou la région précordiale, et toujours ils prennent naissance dans un des points douloureux à la pression.

Douleur provoquée. — La *douleur à la pression* est constante, même dans l'intervalle des accès, bien qu'elle puisse diminuer notablement alors. Elle est semblable à celle qu'on produit quand on presse sur une partie contuse, et elle est quelquefois si grande, que les malades, par un mouvement presque involontaire, se dérobent brusquement à la pression. La peau est souvent douloureuse à un assez haut degré; on en acquiert la preuve en la soulevant légèrement au niveau des points douloureux, ou encore en passant doucement le doigt sur elle; les malades se plaignent vivement, comme si l'on pressait assez fortement la partie malade.

Surtout dans cette névralgie il faut se rappeler que, après avoir produit une douleur vive dans un point, la pression peut momentanément cesser d'y être douloureuse. En attendant quelques instants, on voit la douleur reparaître.

La douleur à la pression se fait sentir ordinairement dans des points très-limités, et placés à des intervalles assez grands sur le trajet des nerfs. Ces points sont les suivants : 1° *point postérieur* ou *vertébral*, un peu en dehors des apophyses épineuses et à peu près vis-à-vis de la sortie du nerf par le trou de conjugaison; 2° *point latéral*, à la partie moyenne de l'espace intercostal; 3° *point antérieur sternal* ou *épigastrique*, un peu en dehors du sternum dans une moitié de l'épigastre, ou entre les cartilages, vers la région précordiale.

Ces points douloureux sont ordinairement très-limités; ils ont 2 ou 3 centimètres de diamètre : aussi est-il nécessaire de les chercher avec soin, car les parties qui les entourent immédiatement peuvent être entièrement indolentes. Dans quelques cas, la douleur à la pression se fait sentir dans des espaces beaucoup plus grands, et quelquefois tout le pourtour de la poitrine a une sensibilité exagérée; mais, même alors, les points douloureux indiqués se font remarquer par la plus grande intensité de la douleur.

Les *grandes inspirations*, les *efforts de la toux*, et quelquefois les *grands mouvements du bras et du tronc*, exaspèrent aussi la douleur dans les points qui viennent d'être indiqués, mais tantôt dans l'un et tantôt dans l'autre, sans qu'on puisse découvrir de règle fixe.

Le plus souvent, lorsqu'on provoque la douleur, on ne produit qu'une douleur contusive; dans certains cas qui ne sont pas très-rares, on excite, en outre, des élancements semblables à ceux qui ont été décrits; ou bien, en pressant dans

un point, on détermine une douleur qui retentit dans un autre, réciproquement.

Les *symptômes généraux* sont très-peu constants et très-légers. Dans d'autres parties du corps, on trouve souvent des douleurs de nature névralgique ou non, comme dans toutes les névralgies. Du côté des *voies respiratoires*, rien de particulier ; l'auscultation et la percussion démontrent que l'état des poumons est normal dans les points affectés de névralgies *sans complication*. Le *pouls* (1) est habituellement dans son état normal. Lorsqu'il subit quelques modifications, on en trouve la cause ailleurs que dans la plus ou moins grande intensité des douleurs (dans l'influence du traitement, presque toujours). Il n'y a ni chaleur, ni frissons, ni sueur, qu'on puisse rapporter à la violence de la névralgie, ou qu'on puisse regarder comme des signes d'une fièvre larvée.

Il en est généralement de même de *l'état des voies digestives*. Si quelquefois il survient des troubles gastro-intestinaux, ils sont ordinairement légers, et ne paraissent nullement liés à la névralgie intercostale. Mais dans quelques cas, il existe des symptômes de *gastralgie* qui sont sous la dépendance de la névralgie.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Comme toutes les névralgies, celle qui nous occupe est formée d'*accès* plus ou moins violents et d'intervalles de calme plus ou moins longs. Nous n'avons jamais vu la névralgie dorso-intercostale se présenter avec les caractères d'une affection périodique, et nous ne connaissons pas de cas de ce genre. Ce fait paraîtra remarquable si l'on se rappelle ce que nous avons dit à ce sujet en parlant de la *névralgie trifaciale*. Nous avons trouvé qu'en général les *exacerbations* correspondent à l'abaissement plus ou moins brusque de la température : mais il n'y a rien de fixe à cet égard.

La *durée* ne présente rien de particulier, non plus que la *terminaison*. Parfois cette névralgie prend un caractère *chronique*, et devient très-rebelle à tous les traitements.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Nous ne parlerons pas des *maladies de poitrine*, parce que l'absence de tout phénomène morbide à la percussion et à l'auscultation ne laisse aucun doute à cet égard dans les cas non compliqués, et que dans les cas compliqués, soit de bronchite aiguë, soit de phthisie pulmonaire, le siége particulier des douleurs névralgiques n'est nullement celui qu'occupent les douleurs propres à ces affections, ce qui suffit pour le diagnostic. La *pleurésie sèche* pourrait seule offrir quelques difficultés ; mais cette maladie, extrêmement rare, donne lieu à une gêne plus ou moins grande de la respiration, et à d'autres symptômes du côté des voies respiratoires, tels que *bruit de frottement* à l'auscultation, *toux*, *fièvre*, etc., ce qui suffirait pour le diagnostic, quand même le siége plus étendu de la douleur et la non-distribution en points limités ne viendraient pas éclairer le médecin.

L'embarras paraît plus grand quand il s'agit du *rhumatisme des parois thoraciques*, appelé aussi *pleurodynie*. « Lorsque la douleur peut être rapportée au rhumatisme musculaire, elle occupe un espace plus étendu, mal circonscrit. La douleur à la pression est en général moins vive, et l'on ne trouve pas les points limités

(1) Valleix, *Traité des névralgies*, p. 349.

dont nous avons parlé. Dans aucun cas, on ne constate une douleur siégeant uniquement dans deux points situés à une distance très-grande l'un de l'autre, comme dans la névralgie dorso-intercostale. Lorsque le rhumatisme est violent, la douleur est moins vive à la pression que dans les mouvements du tronc et dans les efforts de la toux, ce qui n'a pas lieu dans la névralgie. Quant aux élancements, ils n'ont pas de caractère distinctif bien tranché, et c'est ce qui explique comment, en négligeant l'examen direct des parois de la poitrine, on a pu commettre de nombreuses erreurs (1). (Voy. tome I, RHUMATISME MUSCULAIRE, page 327 et suivantes.)

L'*angine de poitrine* présente certains caractères qui la rapprochent des névralgies, et même quelques auteurs n'ont vu dans cette affection qu'une névralgie de forme particulière. (Voy. ANGINE DE POITRINE.)

La névralgie dorso-intercostale pourrait faire croire à l'existence de certaines *affections du rachis* ou de la *moelle épinière*. Certaines *maladies de la moelle* donnent lieu à des douleurs plus ou moins limitées dans la colonne vertébrale ; serait-il possible de les confondre avec la névralgie dont il s'agit ? 1° Dans les cas de *méningite spinale*, la douleur est plus vive, plus étendue, et s'exaspère bien davantage sous la pression exercée sur les apophyses épineuses ; lorsqu'elle s'irradie, ce n'est point dans tel ou tel espace intercostal, mais çà et là ; il y a fréquemment des convulsions, de la contracture, du tétanos même, et rien de tout cela ne se rencontre dans la névralgie dorso-intercostale. 2° Les sujets affectés de *ramollissement de la moelle épinière* éprouvent fréquemment des douleurs qui, partant d'un point limité de la colonne vertébrale, entourent l'abdomen ou la base de la poitrine comme une ceinture. On conçoit donc que, dans des cas semblables, on puisse se demander s'il existe une névralgie dorso-intercostale. On évitera l'erreur en se rappelant les symptômes de cette névralgie. La douleur névralgique n'a lieu le plus ordinairement que d'un seul côté, ou si elle existe à droite et à gauche à la fois, elle est généralement beaucoup plus forte dans ce dernier côté ; dans le ramollissement de la moelle, au contraire ,elle a lieu des deux côtés, et est égale à droite et à gauche. La pression chez les sujets atteints de cette dernière affection n'est pas toujours douloureuse, même vers la colonne vertébrale ; lorsqu'elle l'est, c'est sur une ou plusieurs apophyses épineuses ; un peu à droite ou à gauche, et là où existe la plus vive douleur dans la névralgie, la pression la plus forte ne produit rien quand il s'agit d'un ramollissement de la moelle ; de plus, il n'y a ni *point antérieur*, ni *point latéral*, il ne faut qu'une exploration un peu attentive pour distinguer l'une de l'autre ces deux espèces de douleurs, même en faisant abstraction de la *paraplégie*.

Mais nous avons cité deux cas où la névralgie dorso-intercostale s'était développée *chez des sujets atteints de ramollissement de la moelle*. La névralgie conserve alors ses caractères distinctifs : ils sont même quelquefois d'autant plus remarquables qu'il existe en même temps une douleur plus profonde bornée ordinairement à une seule apophyse, ne s'étendant ni à droite ni à gauche, et due évidemment à l'affection de la moelle.

3° Devons-nous chercher à établir un diagnostic entre la névralgie dorso-inter-

(1) Valleix, *Traité des névralgies*, p. 408.

costale et l'*irritation spinale* des auteurs anglais et américains ? Mais il y a *identité de ces deux affections*, au moins dans la grande majorité des cas. Nous ne savons même s'il existe réellement une irritation spinale. Toutefois, quelques-uns des cas cités par les auteurs, et notamment celui qu'a recueilli Ollivier, d'Angers (1), présentent des symptômes qui ne semblent pas se rapporter à la névralgie dorso-intercostale. C'est donc un sujet à étudier de nouveau mais avec plus de soin et d'exactitude.

4° Encore un mot des douleurs rachidiennes qui existent chez les individus affectés de *carie vertébrale*, ou d'une maladie organique de l'abdomen, telle que le *cancer de l'estomac* et *du foie* : « On sait que, dans la *carie vertébrale*, on peut déterminer une douleur dans le point du rachis où siége la maladie, en pressant sur les parties latérales de la poitrine. Le mouvement qu'on imprime aux côtes, agissant sur les vertèbres malades, doit nécessairement produire cet effet. On pourrait croire alors avoir affaire à une douleur névralgique développée par la pression dans un point éloigné de la sortie du nerf où elle viendrait retentir, comme cela avait lieu dans plusieurs cas. Mais on sera détrompé par les signes suivants. C'est surtout en pressant sur la côte, et non dans l'espace intercostal, qu'on détermine la douleur : on la fait naître tout aussi bien en pressant largement avec la paume de la main, qu'en n'employant que l'extrémité d'un doigt, et enfin on ne développe pas de douleurs dans le point pressé lui-même, tandis que, dans la névralgie, c'est là qu'elle acquiert le plus d'intensité.

» Dans certains cas de *cancer de l'estomac* ou *du foie*, il y a des élancements qui traversent la poitrine et qui semblent aller de l'organe malade à un point fixe du rachis. Mais on n'a pas exploré avec assez de soin les espaces intercostaux, pour savoir si la pression y est ou non douloureuse. »

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et de la pleurésie sèche.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	PLEURÉSIE SÈCHE.
Respiration un peu douloureuse, mais généralement libre.	Respiration douloureuse et *gênée*.
État normal des organes à l'*auscultation*.	Par l'*auscultation*, on constate *un bruit de frottement* du poumon.
Ni toux, *ni fièvre*, à moins de complication.	*Toux*, *fièvre*.

2° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et de la pleurodynie.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	PLEURODYNIE.
Points douloureux généralement peu étendus, *circonscrits*.	Douleur occupant un espace plus étendu, *mal circonscrit*.
Siégeant à des *distances plus ou moins éloignées*.	*Non disséminée* dans les points plus ou moins éloignés.
Douleur généralement *plus vive à la pression*.	Douleur généralement *moins vive à la pression*.
Moins vive dans les mouvements.	*Plus vive*, quelquefois insupportable dans les mouvements.

(1) Ollivier (d'Angers), *Traité des maladies de la moelle épinière*.

3° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et de la méningite spinale.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	MÉNINGITE SPINALE.
Douleur *moins vive*.	Douleur *plus vive*.
S'exaspère moins sous la pression.	*S'exaspère beaucoup plus* sous la pression exercée sur les apophyses épineuses.
Moins étendue : n'occupe ordinairement que quelques espaces intercostaux.	*Plus étendue* : occupe souvent une très-grande étendue de l'épine.
S'irradie *en suivant les espaces intercostaux*.	S'irradie *çà et là*.
Ni *convulsions*, ni *contractures*, etc.	*Convulsions*, *contractures*, etc.

4° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et des douleurs du ramollissement de la moelle épinière.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	RAMOLLISSEMENT DE LA MOELLE.
Siége ordinairement *d'un seul côté*.	Douleurs *des deux côtés*.
Dans les cas de *névralgie double*, douleurs *plus vives dans un côté*, et ordinairement à gauche.	Douleurs *égales à droite et à gauche*.
Pression *toujours douloureuse*.	La pression *n'est pas toujours douloureuse*.
Douleur à la pression *dans les points indiqués*.	Douleur à la pression *sur les apophyses épineuses seulement* ; ni point antérieur, ni latéral.

5° *Signes distinctifs de la névralgie dorso-intercostale et des douleurs de la carie vertébrale.*

NÉVRALGIE DORSO-INTERCOSTALE.	CARIE VERTÉBRALE.
En pressant sur la partie antérieure d'une côte, *on ne produit pas de douleur dans le rachis*.	*Douleurs vers le rachis*, lorsqu'on presse sur la partie antérieure d'une côte correspondant à la carie.
Douleur causée dans le point pressé lui-même.	*Pas de douleur* dans le point pressé.
La douleur à la pression n'est guère produite que *quand on presse avec l'extrémité du doigt*.	Même *en pressant largement*, on détermine la douleur communiquée par les mouvements des côtes.

Pronostic. — Le pronostic n'est généralement pas grave. Il faut seulement savoir qu'elle est, parmi les névralgies, une de celles qui se reproduisent le plus fréquemment, sous l'influence de causes fort légères, et souvent même sans cause appréciable, et qu'elle a une assez grande tendance à passer à l'état chronique.

§ VI. — Traitement.

La névralgie dorso-intercostale est celle qui cède le plus promptement et le plus constamment aux *vésicatoires volants multipliés*.

L'emploie des *sels de morphine* sur les vésicatoires ne doit pas être rejeté, parce que cette névralgie est quelquefois extrêmement douloureuse, mais ses avantages sont bornés comme dans toutes les autres névralgies. [La teinture d'iode simple ou morphinée (Bouchut), le collodion morphiné, sont quelquefois d'un utile secours.]

Plusieurs fois de très-violents *accès de névralgie intercostale* qu'on pouvait prendre pour des *coliques nerveuses* (ou plutôt qui, par une erreur de diagnostic, doivent nécessairement avoir été bien des fois désignés sous le nom de *coliques*), ont cédé très-promptement à l'emploi de trois ou quatre *sinapismes* sur les points douloureux. Mais cette médication ne produisait pas une guérison durable, et au bout d'un temps ordinairement très-peu long, les douleurs caractéristiques de la névralgie se reproduisaient, avec ou sans accès violents.

Dans quelques cas, les *émissions sanguines*, les *ventouses scarifiées*, ont procuré une amélioration assez grande, due plutôt à l'irritation produite par les incisions faites à la peau qu'à la perte de sang elle-même, ce qui rentre dans la règle établie à propos du *traitement des névralgies en général* (1).

L'emploi des *narcotiques* à l'intérieur ne fournit aucune considération importante, bien que Bassereau lui attribue une certaine efficacité.

Parmi les moyens conseillés par Brown contre l'*irritation spinale* que nous avons vue ne pas différer de la maladie dont nous nous occupons, on distingue le *coucher en supination*. Cette position, d'après nos recherches, soulage ordinairement le malade, mais ne le guérit pas.

Quant aux moyens proposés, ce sont les mêmes que dans les autres névralgies.

Comme on le voit, c'est dans les *vésicatoires volants multipliés* que le médecin doit avoir le plus de confiance. Dans les cas rebelles, la *cautérisation transcurrente*, la *cautérisation ponctuée*, seront d'un grand secours.

5° DOULEURS NÉVRALGIQUES DES MAMELLES (*mastodynie*).

§ I. — Considérations générales.

[Nous ne traiterons pas ici des douleurs provoquées et entretenues par la présence d'une tumeur du sein : or, on sait qu'un grand nombre de tumeurs, principalement les tumeurs dures, squirrheuses, peuvent donner lieu à des douleurs vives. Nous laisserons également de côté la question, d'ailleurs importante, des névromes, du moins de ces petites tumeurs insignifiantes et bénignes en elles-mêmes, mais dont le développement en certains points, peut-être sur le trajet des nerfs sensibles, donne lieu à des douleurs. Cette maladie est purement chirurgicale, e l'ablation de ces tumeurs est le seul remède efficace.

Il existe une autre affection du sein, consistant dans des douleurs névralgiques qui ne paraissent pas tenir à une tumeur ni à une altération locale quelconque, et qui sont sympathiques ou constitutionnelles. Nous en dirons quelques mots.

§ II. — Causes, siége.

On doit supposer à priori que le siége de ces douleurs névralgiques est dans les nerfs sensibles qui se distribuent à la mamelle, mais il n'est pas toujours facile d'en limiter exactement le siége : ainsi Velpeau avoue avoir en pareil cas exploré en pure perte avec les doigts le trajet des nerfs intercostaux et des filets venant du plexus cervical. Tout ce que l'on peut dire, c'est que ces douleurs partent rarement d'un point précis, qu'elles sont habituellement sans siége fixe, et que la ma-

(1) Voy. article NÉVRALGIE EN GÉNÉRAL.

melle tout entière, et quelquefois les régions voisines, sont endolories. Tous les auteurs sont d'accord pour dire que cette affection ne se rencontre que chez les jeunes femmes de vingt à quarante ans, principalement les chlorotiques, ou dans les cas de dysménorrhée ; en un mot, dans les conditions où se rencontre la névralgie, quel qu'en soit le siége. Les femmes nerveuses, irritables, impressionnables, celles en un mot qui sont affectées de nervosisme, y sont surtout prédisposées. Velpeau, qui s'est occupé de cette maladie en 1838, et plus récemment en 1858 (1), pense qu'elle se rencontre souvent vers l'âge de retour et chez les femmes de trente à quarante ans.

§ III. — Diagnostic, symptômes, marche.

Le *diagnostic* de cette affection ne présente pas de difficultés sérieuses. Il ne faut pas s'attendre à trouver en pareil cas une modification dans le volume, la forme, la coloration de la mamelle, pas plus qu'il n'existe de modification apparente des tissus dans les cas de névralgie en général. Le caractère de la douleur est l'irradiation en divers sens, soit vers l'épaule, l'aisselle, la hanche, soit en arrière, au dos ; il n'est pas rare de voir tout un côté du corps occupé par la névralgie. Ces douleurs sont rarement continues ; le plus souvent elles sont intermittentes ou rémittentes, s'exacerbant à de certaines heures ; quelquefois elles sont franchement intermittentes et reviennent à époque fixe. L'intensité de ces douleurs varie considérablement : elles sont tantôt profondes, confuses, vagues ; d'autres fois excessivement intenses, et réclament l'intervention active de l'art. Il ne paraît pas que ces douleurs soient fréquemment accompagnées de fièvre. La marche de cette affection est variable. Ce qu'on en peut dire de plus certain, c'est que deux grandes causes en modifient la durée et l'intensité, c'est l'état de l'esprit et celui des fonctions menstruelles, dont le retour peut mettre fin à la maladie.

Le *pronostic* doit donc se tirer ici de circonstances prises en dehors de l'état de la mamelle elle-même. Si l'on a affaire à une jeune femme bien constituée dont les règles éprouvent du retard, on n'ignorera pas que le retour de ce flux peut faire cesser les accidents. S'il s'agit d'une femme de quarante à quarante-cinq ans, arrivée à l'époque de la ménopause, le pronostic sera moins favorable et ne s'appuiera que sur des données incertaines. Si la débilité de la constitution, la chlorose, paraissent dominer l'état local, on aura dans la thérapeutique les moyens de modifier le pronostic. On ne cite pas d'exemples de névralgies de la mamelle ayant eu une issue funeste.

§ IV. — Traitement.

Nous empruntons à Velpeau les indications suivantes pour le traitement (2) : « On a à invoquer ici les mêmes secours que pour toute autre névralgie : les bains » généraux gélatineux, alcalins, sulfureux ; les narcotiques à l'intérieur ; le bis» muth, le zinc, les antipériodiques, le sulfate de quinine en particulier ; les eaux, » les préparations ferrugineuses ; tout ce qui peut régulariser la menstruation, » le mariage, les distractions, les voyages, les changements d'habitude ou de

(1) Velpeau, *Traité des maladies du sein*, p. 321.
(2) Id., *ibid.*, p. 323.

» régime... » Le médecin doit s'appliquer avant tout à calmer les inquiétudes des malades et les soustraire à l'idée qu'elles se font de la gravité et de l'incurabilité de leur maladie. Les moyens locaux qui paraissent avoir donné les meilleurs résultats sont les frictions avec le liniment ammoniacal, avec une pommade belladonée, les petits vésicatoires volants, etc. Velpeau recommande comme très-efficace une pratique, fort simple du reste, qui consiste dans un bandage destiné à tenir relevée la mamelle et à la comprimer légèrement. Ce moyen a suffi dans plusieurs cas pour amener un soulagement notable, et même pour faire disparaître les douleurs névralgiques.]

6° NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.

Cette névralgie était peu connue ou mal étudiée avant l'apparition du *Traité des névralgies*. [Neucourt (1) et Marrotte (2) depuis ont publié des mémoires fort intéressants. Chaussier, Malgaigne, Chomel, Lagneau, Campaignac, sont incomplets, en ce sens qu'ils n'ont envisagé qu'une partie des nerfs du plexus lombaire.]

§ I. — Fréquence et causes.

La *fréquence* de la névralgie lombo-abdominale est assez grande. Nous l'avons trouvée beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme. Nous l'avons vue aussi attaquer plus souvent le côté droit que le côté gauche, [ce que Neucourt a également constaté]. Les nerfs envahis sont évidemment les premières paires lombaires, et surtout la première. Tantôt l'affection n'occupe que les branches postérieures, tantôt elle gagne les branches antérieures, et, dans ce dernier cas, il y a une différence dans la forme de l'affection, suivant que la douleur se borne en avant à l'hypogastre, ou qu'elle descend jusqu'au testicule ou à la grande lèvre.

§ II. — Symptômes.

La *douleur spontanée* ne présente rien de particulier. C'est principalement vers l'*hypogastre*, un peu en dehors de la ligne blanche, et dans une étendue qui peut varier de 2 ou 3 à 6 ou 7 centimètres de diamètre, que la douleur spontanée se fait ordinairement sentir. Les malades souvent la désignent sous le nom de *coliques*, parce qu'ils éprouvent dans la partie inférieure de l'abdomen une sensation de torsion et en même temps de chaleur ordinairement fort pénible. Les douleurs sont quelquefois si vives, qu'elles arrachent des cris, puis il ne reste qu'un peu de pesanteur et une sensation de contusion. [Parfois les malades sont comme serrés dans un étau.

Névralgie du testicule. — Le testicule peut devenir le siége de douleurs extrêmement vives, tantôt localisées dans l'organe lui-même, tantôt s'irradiant au

(1) F. Neucourt, *De la névralgie lombaire ou névralgie des plexus lombaires et sacrés* (*Arch. génér. de méd.*, 5e sér., t. XII, 1858, p. 21 et 180). — Voyez aussi son livre *Des maladies chroniques,* pratique d'un médecin de province. Paris, 1861, p. 386.

(2) Marrotte, *De quelques épiphénomènes des névralgies lombo-sacrées*, *pouvant simuler des affections idiopathiques de l'utérus et de ses annexes* (*Arch. génér. de méd.,* avril et mai 1860, p. 385 et 552).

loin en suivant le trajet des nerfs du cordon. Les médecins anglais, Curling (1) entre autres, ont cherché à établir une division qui n'est point acceptée en France, entre le testicule douloureux (*irritable testis*) et la névralgie proprement dite. Dans le premier cas, le testicule est douloureux d'une manière continue : le plus léger mouvement, la plus faible pression exaspèrent les souffrances ; dans le second, il y aurait des intermittences, des paroxysmes, une sorte de périodicité. Ces derniers caractères ne se rencontrent que bien rarement aussi nettement isolés, et Gosselin fait remarquer avec raison qu'ils ne sauraient servir de base à une distinction aussi absolue.

Causes. — Les causes peuvent être ou prédisposantes, ou occasionnelles. On a vu les douleurs névralgiques survenir chez des goutteux; le plus souvent elles sont dues soit à une affection ancienne du testicule, orchites, blessures, irritation produite par une injection faite dans le but de guérir une hydrocèle vaginale ; soit à un varicocèle, à un état morbide de la prostate. L'abus des fonctions génitales, l'onanisme, ou des désirs violents et longtemps contenus, ont été signalés aussi comme causes ; rappelons encore les accès de colique néphrétique qu'on a vus plusieurs fois suivis de douleurs vives avec rétraction du testicule vers l'anneau, Gosselin admet que la névralgie testiculaire n'existe guère sans un certain degré d'inflammation.

Nous n'insisterons pas davantage sur la description de cette affection. Le *traitement* qu'on devra lui opposer sera général ou local. — Général, si l'on trouve dans la constitution du sujet, dans ses habitudes antérieures, une indication spéciale à remplir ; local, si l'on constate l'existence d'une lésion sous la dépendance de laquelle la névralgie puisse être placée. Quelle que soit cette lésion, nous ne saurions nous associer à la pratique des chirurgiens qui ont fait la castration pour délivrer le malade de ses douleurs. L'opération n'est pas toujours suivie de succès, la névralgie peut reparaître dans les nerfs du cordon ; le doute seul sur l'efficacité d'un pareil traitement suffit pour imposer la plus grande réserve. La maladie d'ailleurs a souvent disparu d'elle-même. Les moyens qu'on a le plus fréquemment employés pour la combattre sont dirigés contre l'affection à laquelle elle est liée. La *cautérisation* de la portion prostatique de l'urèthre, l'application d'un *bandage* approprié dans le cas de varicocèle, les *vésicatoires* pansés avec la *morphine*, les *sangsues*, les *topiques*, les *douches froides*, et dans certains cas, le *sulfate de quinine*, ont souvent amélioré l'état du malade, quand ils n'ont pas complétement calmé la douleur. Il en est de même des *lotions avec les liniments chloroformés*, et de l'administration à l'intérieur de la *térébenthine*. Ce qu'il importe de savoir c'est, qu'à moins d'une lésion de l'organe, la névralgie du testicule peut disparaître ; cette prévision rendra très-circonspect dans l'emploi de ce moyen extrême, l'ablation du testicule, sur lequel on ne peut pas même toujours compter.]

Névralgie utéro-lombaire. — Quelquefois les douleurs s'étendent jusqu'à l'*utérus*. Si l'on en croit Bassereau, les douleurs de la névralgie intercostale seraient produites par une irritation utérine, qui se propagerait aux nerfs intercostaux par l'intermédiaire du grand sympathique. Pour la névralgie lombo-abdominale on n'a

(1) Curling, *Traité pratique des maladies du testicule, etc.*, traduit par Gosselin, avec des additions et des notes. Paris, 1857, p. 448.

pas besoin d'invoquer cette intervention du grand sympathique, et l'on peut admettre que les filets des nerfs de la vie animale sont douloureux jusque dans l'utérus. Mais est-ce l'état de l'utérus qui rend les nerfs douloureux, ou, au contraire, est-ce la douleur de la névralgie qui se propage à l'organe? Nous avons vu plusieurs fois la névralgie lombo-abdominale chez des femmes qui se plaignaient de douleurs plus ou moins vives vers le col de l'utérus; or, en les touchant, nous constations que la douleur utérine est bornée à un seul côté lorsque la névralgie n'existe également que d'un seul côté, et qu'elle est généralement plus forte du côté où la névralgie est le plus intense, lorsque cette affection est double. Il est vrai que des flueurs blanches peuvent coïncider avec cet état névralgique ; mais ne voyons-nous pas, dans la névralgie faciale par exemple, un écoulement nasal, la salivation, le larmoiement, se manifester, sans qu'on soit tenté de rapporter à un état inflammatoire du nez, de la bouche et des yeux, les douleurs qui caractérisent cette névralgie ? Enfin, la douleur étant dissipée dans les points des lombes et des flancs qui seront mentionnés plus loin, on voit très-souvent disparaître tous les symptômes du côté de l'utérus. Ce qui a pu tromper les observateurs, c'est que fréquemment il existe un état complexe. Les inflammations utérines, les *catarrhes* utérins, sont très-fréquents, et l'on conçoit qu'ils se montrent assez souvent en même temps qu'une névralgie lombo-abdominale ; mais, en observant les cas simples, on apprend bientôt à faire la part des coïncidences.

S'il est arrivé fréquemment qu'en cautérisant le col de l'utérus, on a fait cesser en même temps, et la douleur qui existait dans cet organe et la douleur des lombes et de l'hypogastre, cela ne prouve nullement que la source du mal soit dans l'utérus; car nous voyons tous les jours un ou plusieurs vésicatoires appliqués sur la tête du péroné suffire pour faire disparaître des douleurs qui occupent toute l'étendue du nerf sciatique. Dans l'immense majorité des cas, si ce n'est dans tous, l'affection à laquelle on a donné le nom de *névralgie utérine* n'est autre chose qu'une névralgie lombo-abdominale qui a son maximum d'intensité dans l'utérus.

Dans beaucoup de cas regardés comme des affections utérines d'une tout autre nature, il ne s'agit que de la névralgie qui nous occupe, et nous citerons les observations de Mitchell avec le résultat du traitement de ce médecin (voy. LEUCORRHÉE, t. V), et d'autres recueillies par différents auteurs. Ainsi Gerdy (1) propose les vésicatoires sur les lombes pour combattre les douleurs de la *métrite*. Or, le succès de ce moyen prouve seul que les cas qu'il a observés sont, sans aucun doute, du nombre de ceux que nous avons signalés comme *consistant dans une névralgie lombo-abdominale et simulant une affection plus ou moins profonde de la matrice.*

Douleur provoquée. — C'est par la *pression* qu'on produit la douleur la plus importante pour le diagnostic. Les points douloureux qu'on découvre par ce moyen sont le *point lombaire*, un peu en dehors des dernières vertèbres de ce nom; le *point iliaque*, un peu au-dessus du milieu de la crête de l'os des iles; le *point hypogastrique*, au-dessus de l'anneau inguinal et en dehors de la ligne blanche; le *point inguinal*, vers le milieu du ligament de Fallope; le *point scrotal* ou de la

(1) Gerdy, *Vésicatoires pour combattre les douleurs lombaires dans la métrite* (*Bulletin général de thérapeutique*, t. XXX, p. 467).

grande lèvre, qui manque dans un certain nombre de cas, mais qui dans d'autres est très-remarquable [le point *aortique*, à la région épigastrique]; enfin, assez souvent, un *point douloureux*, sur un des côtés du col de l'utérus, qu'on distingue facilement par le *toucher vaginal*.

Les grands mouvements du corps, les efforts de la toux, ceux pour aller à la garderobe, augmentent aussi les douleurs. Nous avons vu la *miction* les exaspérer considérablement, sans qu'il ait été possible de s'assurer s'il existait de la douleur dans la *vessie* elle-même, ou si tout se passait dans les parois abdominales.

Névralgie ilio-scrotale ou **névralgie lombo-abdominale propre à la grande lèvre.** — Les détails dans lesquels nous sommes entré nous dispensent d'insister sur la névralgie ilio-scrotale, qui n'est, en définitive, que l'irradiation vers les plexus des douleurs que nous avons étudiées, localisées dans le testicule. Chez la femme, la névralgie lombo-abdominale propagée à la grande lèvre, en suivant le trajet de la principale branche abdominale, c'est-à-dire du nerf ilio-scrotal, est caractérisée par la douleur souvent excessive qui occupe la grande lèvre, et rend le moindre contact souvent insupportable. (Voy. NÉVRALGIE DE LA VULVE, tome V.)

§ III. — Marche, durée et terminaison de la maladie.

Sous tous les rapports, la névralgie lombo-abdominale ne présente rien qui lui soit propre. Tantôt rebelle, tantôt fugace, nous l'avons vue céder au sulfate de quinine, dans un cas où elle se présentait avec un caractère d'intermittence régulière.

Dans ce cas, on trouvait des points douloureux le long du trajet des nerfs lombaires; ce qui prouve que bien rarement la névralgie de l'utérus est toute locale et qu'elle n'est habituellement qu'une forme de la névralgie *lombo-abdominale*.

§ IV. — Diagnostic.

Le *lumbago* est certainement, de toutes les affections douloureuses qui occupent les lombes, celle qu'on peut confondre le plus facilement, et qu'on a, sans doute, le plus souvent confondue avec la névralgie lombaire. Dans les cas de douleurs musculaires des lombes, la douleur existe des deux côtés; elle occupe la masse des muscles sacro-lombaire et long dorsal, et ne s'étend pas au delà. Ordinairement la pression est douloureuse à un faible degré sur les masses musculaires, mais dans une étendue plus large que dans la névralgie lombaire. Elle est principalement exaspérée par les mouvements de flexion et de redressement du tronc. Elle est faible ou nulle dans l'immobilité, à moins que la maladie ne soit très-aiguë. Les élancements, moins vifs que ceux de la névralgie, restent fixes dans la région lombaire. La distinction est donc facile si l'exploration est faite convenablement.

Le *tour de reins*, dont nous voulons parler, consiste en une douleur très-vive, survenue subitement, et pendant un effort quelconque, mais surtout pendant l'effort nécessaire pour soulever un fardeau. La douleur à la pression est souvent très-vive, mais elle n'est rien en comparaison de celle que font éprouver les mouvements du tronc, et surtout ceux de flexion et de redressement. Elle est, au reste, bornée aux lombes, et ne produit pas d'élancements qui aillent s'irradier dans les parois

lombo-abdominales. Les causes de la maladie, son début subit et les symptômes la feront distinguer de la névralgie abdominale.

On distingue la névralgie lombo-abdominale du *rhumatisme* de la paroi antérieure de l'abdomen, aux mêmes caractères différentiels qui viennent d'être donnés pour le rhumastime des lombes ; il n'y a que de légères différences dues à la différence des régions.

Les femmes affectées d'*inflammation de l'utérus* ou de *dysménorrhée*, éprouvent très-souvent des douleurs qui, parties des lombes, se dirigent vers le petit bassin. Ces douleurs doivent-elles être rangées dans les névralgies lombaires? Le petit nombre des faits ne permet pas de nous prononcer d'une manière positive. Cependant, ayant eu occasion d'observer, à l'hôpital de Lourcine, une jeune fille qui, dans le cours d'une blennorraghie, éprouva tous les symptômes d'une inflammation de l'utérus, avec douleurs vives et lancinantes dans les deux aines et dans la région sacrée, nous ne découvrîmes aucun point douloureux dans le trajet des nerfs lombaires. La douleur locale de l'utérus s'irradiait dans le bassin, soit en suivant les nerfs hypogastriques vers le plexus sacré, soit par une autre voie qui nous est inconnue.

Dans le *cancer de l'utérus*, des douleurs semblables à celles dont nous venons de parler, et quelquefois plus violentes, se font fréquemment sentir.

Lorsqu'un gravier un peu volumineux (1) se trouve engagé dans l'uretère, il produit une douleur très-vive, qui va retentir dans le testicule, lequel présente une rétraction marquée. La violence extrême de cette douleur, son apparition brusque dans l'abdomen et les troubles de la sécrétion urinaire, viendront en aide au diagnostic de la *gravelle* qui ne saurait être douteux, si l'on y joint l'exploration par la pression.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et du lumbago.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	LUMBAGO.
Douleur ordinairement d'*un seul côté*.	Douleur occupant les *deux côtés*.
Dépasse presque toujours *les lombes*, et *se porte vers la paroi abdominale*.	*Bornée aux lombes ;* élancements fixes.
Douleur *vive* à la pression, dans des *points circonscrits*.	Douleur ordinairement *modérée* à la pression, dans des *points étendus*.
Mouvements *médiocrement douloureux*.	Douleur *beaucoup plus vive par les mouvements* que sous la pression.
Douleurs des accès *très-vives, même dans l'immobilité*.	Douleur *faible dans l'immobilité*.

2° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et de la douleur lombaire nommée vulgairement tour de reins.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	TOUR DE REINS.
Douleur *médiocre dans les mouvements*.	Douleur excessive dans les *mouvements du tronc qui sont brusquement arrêtés*.
S'étend à l'abdomen.	*Bornée aux lombes*.
Se déclare *graduellement*.	Survient *subitement* dans un effort.
Résiste aux émissions sanguines.	*Cède promptement* aux émissions sanguines locales.

(1) Voy. tome III, article COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.

3° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et du rhumatisme de la paroi antérieure de l'abdomen.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	RHUMATISME DE LA PAROI ANTÉRIEURE DE L'ABDOMEN.
Douleur ordinairement d'un *seul côté*.	Douleur des *deux côtés*.
Points douloureux jusque *dans les lombes*.	Douleur *bornée à l'abdomen*.
Douleur à la pression dans des points plus ou moins *circonscrits*.	Douleur à la pression dans *toute ou presque toute l'étendue* de la paroi abdominale.
Mouvements *médiocrement douloureux*.	Mouvements ordinairement *si douloureux qu'ils deviennent impossibles*.
Douleur des accès *très-vive, même dans l'immobilité*.	Douleur *modérée dans l'immobilité*.

4° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale, de l'inflammation et du cancer de l'utérus.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	INFLAMMATION OU CANCER DE L'UTÉRUS.
Accès *marqués*.	*Pas d'accès* ordinairement.
Points douloureux à la pression.	*Pas de points douloureux à la pression*, à moins de complication.

5° *Signes distinctifs de la névralgie lombo-abdominale et de la colique néphrétique.*

NÉVRALGIE LOMBO-ABDOMINALE.	COLIQUE NÉPHRÉTIQUE.
Douleur *moins vive*.	Douleur *beaucoup plus vive*.
Apparue *graduellement*.	Apparue *brusquement*.
Sécrétion urinaire *normale*.	*Troubles* de la sécrétion urinaire (voy. GRAVELLE, t. III).

Pronostic. — Ce que nous avons dit du pronostic, à propos de la névralgie dorso-intercostale, s'applique parfaitement à la névralgie lombo-abdominale; seulement, lorsque l'affection attaque violemment le testicule, on doit craindre, d'après les faits cités par Astley Cooper et plusieurs autres chirurgiens, de la trouver très-rebelle.

§ V. — Traitement.

Les *vésicatoires volants multipliés* et la *cautérisation transcurrente* nous ont parfaitement réussi dans tous les cas, quoique nous n'ayons traité ainsi que ceux qui duraient depuis un certain temps. [Cette névralgie cependant a beaucoup de tendance à disparaître spontanément].

Dans les cas de *névralgie utéro-lombaire*, les *vésicatoires volants* sur les points douloureux des lombes, des flancs, de l'hypogastre (Gerdy et nous), le *cautère actuel* (Michell), la *cautérisation transcurrente*, la section du col utérin (Malgaigne), ont parfaitement réussi ; nous avons fait disparaître avec la plus grande facilité les douleurs fixées au col utérin, *en cautérisant légèrement le pourtour de cette partie avec le fer rougi à blanc.*

[L'*iodure de potassium* à la dose de 1 à 2 grammes par jour et continué pendant longtemps, a souvent réussi à Neucourt (1), surtout quand il y a un prin-

(1) Neucourt, *Des maladies chroniques*, pratique d'un médecin de province. Paris, 1861, p. 418.

cipe rhumatismal. On obtiendra quelquefois de bons effets de l'*essence* de *térébenthine* en lavement, ou bien de l'*alcoolature* d'*aconit* à la dose de 1 à 2 grammes par jour en potion ou en lavement]. Voyez les articles NÉVRALGIE UTÉRINE, LEUCORRHÉE et DYSMÉNORRHÉE.

7° NÉVRALGIE CRURALE.

Souvent des sujets affectés d'une violente *sciatique* se plaignent de douleurs dans le trajet du nerf crural, mais il est très-rare de voir la névralgie crurale isolée. Nous en avons cependant observé quelques exemples.

Les *symptômes* n'ont pas différé sensiblement de ceux qu'on observe dans les autres névralgies. Ce sont toujours des *points douloureux* disséminés, circonscrits (dans l'aine, la partie interne de la cuisse, du genou, du pied), qui forment des *foyers de douleur* d'où partent des élancements; c'est toujours la *marche capricieuse* de la maladie et l'absence de toute altération apparente des tissus occupés par elle ; c'est toujours enfin cette préférence que la douleur affecte pour les lieux où le nerf devient superficiel et envoie des rameaux cutanés.

Eu égard à la ressemblance de cette névralgie avec les autres, le traitement ne doit pas être différent (*vésicatoires volants multipliés*, *cautérisation*, etc.), et l'on peut lui appliquer, par exemple, ce qui va être dit à l'occasion de la *névralgie sciatique*. Ajoutons cependant : 1° que Chaussier regarde la *névralgie fémoro-prétibiale* (crurale) comme plus facile à guérir que les autres maladies de la même espèce, et 2° que les succès signalés par Martinet (1) et obtenus à l'aide de l'*huile essentielle de térébenthine* sont très-remarquables.

8° NÉVRALGIE SCIATIQUE (*fémoro-poplitée* de Chaussier).

La névralgie sciatique est celle qui a été le mieux étudiée par les auteurs. On la trouve déjà mentionnée dans Hippocrate. Mais c'est à Fernel (2) qu'on en doit la première description un peu précise, quoique très-succincte ; et Cotugno (3) est celui qui a le plus éclairé ce point important de pathologie.

[Citons après lui Sauvages, Barthez, Chaussier, et surtout Martinet (4), qui a eu pour but principal de démontrer l'efficacité de la térébenthine].

Enfin, ayant analysé 125 cas de cette affection, nous avons pu en donner une histoire complète (5).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *névralgie sciatique* à l'affection douloureuse du nerf de ce nom, qu'elle soit bornée à une petite partie de son étendue, ou qu'elle occupe son tronc et la plupart de ses rameaux. Cependant, lorsqu'elle est bornée à des rameaux très-distincts, comme les nerfs plantaires, on lui donne les noms de *névralgie plan-*

(1) Martinet, *Du traitement de la sciatique et de quelques névralgies par l'huile de térébenthine*, 2e édit. Paris, 1829.
(2) Fernel, *Universa medic.*, lib. VI, cap. XVIII : *De morb. arthrit.*, 1679.
(3) Cotugno, *De ischiade nervosa comm.* Neapoli, 1764.
(4) Martinet, *Du traitement de la sciatique*. Paris, 1829, in-8.
(5) Valleix, *Traité des névralgies*. Paris, 1841, chap. VIII.

taire interne ou *externe*, etc.; mais on ne doit regarder ces névralgies ainsi limitées que comme des variétés.

On a donné à cette affection plusieurs autres noms : *coxagra, dolor coxendicus, ischias, ischias nervosa, malum coxendicum, névralgie fémoro-poplitée.*

C'est une des névralgies les plus *fréquentes.* Avant les dernières recherches sur la *névralgie dorso-intercostale*, on la regardait même comme de beaucoup la plus fréquente; mais les médecins qui recherchent avec soin cette dernière affection ont pu se convaincre que la névralgie thoracique se rencontre bien plus souvent.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes. — Age.* — Cotugno a cité un cas de cette névralgie chez un enfant de onze ans. Mais c'est après l'âge de vingt ans qu'elle se montre ordinairement. Nous avons trouvé qu'elle était à peu près également fréquente dans les périodes de dix ans renfermées entre vingt et soixante ans.

Sexe. — L'affection est plus fréquente chez les hommes, environ dans la proportion de trois à deux. Les hommes sont aussi plus fréquemment atteints de récidives.

Sous le rapport de la *constitution*, rien de particulier. On a, dans un certain nombre de faits, signalé le *tempérament nerveux.*

Les désordres de la *menstruation* se sont montrés assez souvent chez les femmes.

Conditions hygiéniques. — Dans près de la moitié des cas où l'influence de l'*habitation* a pu être recherchée, les sujets habitaient un lieu sombre, humide, ou exposé aux intempéries de l'air. L'étude des faits, sous les rapports des divers *excès*, des *professions*, de la *nourriture*, de l'*hérédité*, ne jette aucune lumière sur l'étiologie de la névralgie sciatique.

Nous avons trouvé cette névralgie chez plusieurs sujets affectés de *maladies de la moelle.* Dans aucun cas (1), la sciatique n'a paru être la suite d'une *métastase*, et l'on n'a rien noté qui pût faire croire qu'elle était de *nature syphilitique.* Cependant nous reviendrons sur ce point à l'occasion du traitement.

C'est dans les *mois les plus froids* de l'année que se développe le plus fréquemment cette névralgie.

2° *Causes occasionnelles.* — La cause occasionnelle la plus fréquemment constatée a été un *refroidissement* prolongé; viennent ensuite l'action subite du *froid*, l'immersion des pieds dans l'eau, le repos sur l'herbe mouillée, etc.

Parmi les causes occasionnelles (2) J. Frank place : 1° les *blessures*, les *contusions;* 2° le *refroidissement des membres inférieurs*, surtout quand on se couche sur le sol humide, le corps étant échauffé; 3° la *métastase morbilleuse ;* 4° la *suppression des hémorrhoïdes, des lochies, de la sécrétion laiteuse;* 5° surtout le *vice arthritique;* [6° le *vice syphilitique* (3)]; 7° la *piqûre du nerf saphène*, dans la saignée pratiquée sur la veine du même nom; 8° les *lésions de l'utérus*, ou les *troubles des fonctions.*

(1) *Traité des névralgies*, p. 496.
(2) *Ibid.*, p. 580
(3) Gros et Lanceraux, *Des affections nerveuses syphilitiques*, p. 63. — Zambaco, *ibid.*, p. 113.

On peut y joindre l'existence d'une tumeur du bassin [telle que cancer de l'utérus, du rectum, etc.], la grossesse, ou un kyste de l'ovaire comprimant les nerfs, des tumeurs hémorrhoïdales ou fécales énormes (1).

§ III. — Symptômes.

1° *Douleur spontanée.* — La douleur spontanée doit être distinguée en *contusive continue* et en *lancinante intermittente*. La *première*, déjà signalée par Cotugno, occupe les principaux points douloureux, ou *foyers de douleur*, qui seront mentionnés plus loin. Elle est souvent très-pénible pour les malades. La *seconde* consiste en sensations diverses. Ce sont ordinairement des *élancements* qui, plus ou moins fréquemment, partent des points douloureux pour aller retentir dans une étendue variable du trajet du nerf; parfois c'est un *sentiment de froid*, ou au contraire de *chaleur brûlante*; la *sensation d'un liquide froid*, ou *chaud*, ou *corrosif*, coulant le long du nerf. Enfin, quelques sujets chez lesquels la maladie est très-violente, éprouvent des *crampes*, des *secousses* plus ou moins fortes du membre affecté.

La douleur spontanée est si bien circonscrite dans le trajet du nerf, que, le plus souvent, le malade peut, avec le doigt, suivre ce trajet aussi bien que le ferait un anatomiste.

2° *Douleurs provoquées.* — Par la *douleur provoquée par la pression* avec l'extrémité des doigts, on découvre les *points douloureux* ou foyers de douleur, qui sont souvent très-limités et n'ont pas plus de 2 à 3 centimètres de diamètre. Ces points douloureux sont les suivants : le *point lombaire*, immédiatement au-dessus du sacrum; le point *sacro-iliaque*, au niveau de l'articulation du même nom, un peu au devant de l'épine iliaque postérieure et supérieure; l'*iliaque*, vers le milieu de la crête de l'os des iles; le *fessier*, au sommet de l'échancrure sciatique; le *trochantérien*, vers le bord postérieur du grand trochanter; le *fémoral supérieur*, le *fémoral moyen* et le *fémoral inférieur*, dans le trajet du nerf le long de la cuisse; le *poplité*, dans le creux du jarret; le *rotulien*, sur le bord externe de la rotule; le *péronéo-tibial*, vers l'articulation du péroné et du tibia; enfin le *péronien*, point important au niveau de l'endroit où le nerf contourne le péroné; le *malléolaire*, à la partie postérieure et inférieure de la malléole; le *dorsal du pied*, et le *plantaire externe*, qui existe assez rarement.

Il est rare que tous ces points existent chez le même sujet; mais on en trouve ordinairement un assez grand nombre, et le malade lui-même en désigne plusieurs avec précision. Ce sont surtout ceux qui ont leur siége vers l'articulation sacro-iliaque, le grand trochanter, la tête du péroné et la malléole.

La douleur produite par l'extrémité du doigt qui presse ces points est quelquefois très-vive, comme dans la névralgie intercostale; parfois aussi ce n'est qu'une sensibilité exagérée, et alors il est important de presser de l'autre côté du corps, dans les points correspondants, pour se convaincre que la douleur n'est pas simplement produite par une pression trop forte.

La sensation que leur fait éprouver la pression est la même que celle que leur ferait éprouver le même moyen d'exploration sur un point préalablement contus.

Chez un certain nombre de sujets, les points qui viennent d'être indiqués sont

(1) Sandras, *Des maladies chroniques nerveuses* (*Union médicale*, 7 août 1851, p. 371).

seuls douloureux à la pression ; mais aussi chez quelques-uns les intervalles qui séparent ces points présentent une sensibilité anormale. Toutefois il n'y a aucune parité entre cette sensibilité exagérée et celle qui existe dans les foyers de douleur.

Quelquefois, comme dans les autres névralgies, la pression exercée dans un point détermine un de ces élancements que nous avons vu plus haut se produire spontanément ; parfois même une série d'élancements suit l'exploration, et l'on a déterminé ainsi un véritable accès névralgique.

Lorsque la douleur est très-violente, les *mouvements* du membre dans le lit suffisent pour l'exaspérer dans les points indiqués ; dans le cas contraire, il faut, pour que cet effet ait lieu, que les malades *marchent*. C'est principalement au moment où le pied appuyant par terre, le membre supporte le poids du corps, que la douleur se produit et acquiert son plus haut degré de violence. Le malade ose à peine poser son pied sur le sol ; son membre fléchit brusquement dès que le poids du corps se fait sentir, il se porte rapidement sur l'autre jambe, et boite sensiblement. Aussi dans une sciatique d'une certaine intensité, les sujets ne peuvent-ils faire un pas sans s'appuyer sur un bâton, ou même sont-ils obligés de garder le lit.

Nous avons vu néanmoins des malades qui marchaient assez librement après avoir fait un nombre de pas ordinairement considérable.

Parfois les douleurs sont très-violentes : le membre est condamné à une immobilité si complète, qu'il en résulte, au bout d'un temps assez long, cette *semi-paralysie* qui a été signalée par Cotugno et par nous ; mais les cas de ce genre sont rares : on n'observe ordinairement qu'un engourdissement plus ou moins marqué, qui peut être borné à une petite étendue : le pied, par exemple.

L'*amaigrissement* du membre se remarque dans les mêmes circonstances ; mais il faut prendre garde de s'en laisser imposer par l'état de flaccidité dans lequel se trouvent tous les muscles.

Il n'est pas rare d'observer, outre ces symptômes qui caractérisent la névralgie sciatique, d'autres douleurs de nature névralgique dans la tête, les parois de la poitrine ou de l'abdomen, et le *rhumatisme musculaire* est une des complications les plus fréquentes. Quant aux *troubles digestifs*, au léger *mouvement fébrile* qu'on observe quelquefois, ils n'appartiennent pas en propre à la maladie dont nous parlons, et ils sont le plus souvent le résultat du traitement (ordinairement de l'emploi des vésicatoires étendus ou multipliés).

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le début de la sciatique, ses exacerbations, sa terminaison, sont les mêmes que dans les autres névralgies ; ce qu'il y a seulement de remarquable, c'est que la névralgie sciatique, bien qu'offrant des exacerbations marquées et une intermittence irrégulière très-prononcée, comme les autres affections du même genre, présente bien plus rarement la périodicité des fièvres larvées. Et, même dans les cas très-rares où l'on a cru découvrir un type intermittent bien caractérisé et fournissant une indication précise, l'événement a prouvé souvent qu'on s'était trompé, et le sulfate de quinine a échoué.

La *durée* de la maladie est on ne peut plus variable. La névralgie sciatique peut disparaître spontanément en quelques jours, ou se perpétuer malgré tous les

moyens. Ces derniers cas sont heureusement très-rares. Presque toujours la *terminaison* est heureuse ; lorsqu'elle ne l'est pas, c'est uniquement parce que la maladie passe à l'état chronique, s'il est permis de parler ainsi, car elle ne menace pas l'existence.

Les *récidives* sont très-fréquentes. Elles se manifestent particulièrement dans les temps froids. Mais ces attaques multipliées sont ordinairement très-légères, et de loin en loin on en voit apparaître d'autres plus violentes, plus durables, plus continues, auxquelles on peut donner réellement le nom de névralgies sciatiques, tandis que les autres ne méritent, à proprement parler, que celui de douleurs sciatiques. Les individus qui présentent ces retours si fréquents de la névralgie sciatique sont sujets à d'autres névralgies, auxquelles nous avons cru devoir donner les noms de *névralgie multiple* et de *névralgie erratique*.

§ V. — Lésions anatomiques.

Cotugno attribuait la névralgie sciatique à un liquide âcre coulant le long du nerf et venant du canal rachidien. On a regardé la névralgie sciatique comme due [aux varices des veines dans l'épaisseur et au voisinage des nerfs (Bichat)], ou à une inflammation, parce que, dans quelques cas, on a trouvé le nerf un peu rouge ; mais dans d'autres, il était au contraire décoloré, et plus souvent encore, sans aucune espèce de lésion appréciable. Cette remarque suffit pour convaincre qu'il n'y a aucune lésion anatomique propre à la névralgie sciatique, et que, sous ce rapport, elle ne diffère pas des autres affections du même genre.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Le *rhumatisme articulaire* ne peut pas être confondu avec la névralgie sciatique. Dans un cas que nous avons rapporté, on a pu distinguer les deux maladies, alors même que le rhumatisme articulaire étant dans sa plus grande intensité, il semblait devoir masquer l'affection nerveuse. L'existence de cette dernière est, du reste, devenue parfaitement évidente, lorsque le rhumatisme articulaire s'est dissipé.

La *coxalgie*, à une époque de sa durée, peut en imposer pour une névralgie sciatique. Nous en avons cité un exemple remarquable (1). On peut, en effet, trouver dans cette affection des points douloureux à la pression, à la hanche, au genou, derrière la tête du péroné, et comme cela avait lieu dans le cas dont nous venons de parler, la douleur dans certains mouvements, dans les secousses de la toux, pendant la marche, peut retentir jusque dans le pied, sous forme d'élancements. Mais les signes suivants serviront à caractériser la maladie profonde de l'articulation et à la faire distinguer de la névralgie. En pressant sur le grand trochanter, on détermine une douleur vive dans les parties profondes de l'articulation ; cette douleur est bien plus violente encore lorsqu'on veut imprimer des mouvements de flexion et d'extension à la cuisse. Le malade peut à peine poser le pied par terre, et la marche devient promptement impossible. Bientôt la fièvre lente s'allume ; il y a des redoublements le soir, de la langueur, de l'émaciation, et dès lors l'inflammation chronique de l'articulation de la hanche, faisant des progrès rapides, le diagnostic devient très-facile.

(1) Valleix, *Traité des névralgies*, obs. 52e, p. 591.

Le *rhumatisme musculaire* affecte quelquefois une plus ou moins grande étendue de la cuisse ou de la jambe. Dans ce cas, y a-t-il quelque difficulté pour distinguer les douleurs produites par cette maladie de celles que cause la sciatique? Nous ne le pensons pas. Dans le rhumatisme musculaire, plusieurs muscles sont presque toujours affectés. La douleur est vive lorsque ces muscles entrent en contraction plutôt que dans tout autre mouvement. La pression est douloureuse dans une grande étendue de la cuisse ou de la jambe, et non pas exclusivement dans le trajet des nerfs. La douleur contusive et permanente a également une largeur assez considérable. Le malade, au lieu d'indiquer avec le bout du doigt la trace de la douleur de la hanche vers le pied, la signale vaguement dans une grande partie du membre, et avec toute la main; les élancements, s'il en existe, n'ont pas de trajet déterminé. Nous avons vu à l'hôpital de Lourcine un cas de ce genre, dans lequel ces différences étaient on ne peut plus marquées (1).

La paraplégie ne présente quelques difficultés que parce que fréquemment elle s'accompagne de douleurs dans les membres inférieurs. Dans la *paraplégie*, suite d'affections de la moelle épinière, on observe des douleurs de différente nature dans les membres inférieurs. Ce qui les distingue des douleurs produites par la sciatique, c'est : 1° leur siége: elles occupent principalement la plante des pieds, la partie moyenne des membres, se font sentir des deux côtés; 2° leur forme : elles consistent en fourmillements et en picotements semblables à des piqûres d'aiguilles, plutôt qu'en élancements, et en une douleur sourde dans divers points; 3° leur intensité, qui est moindre que celle des douleurs sciatiques. Il faut joindre à ces signes l'absence de douleur causée par les mouvements, la roideur des membres, leur paralysie, l'embarras de la défécation et de la miction, symptômes qui n'appartiennent pas à la névralgie sciatique. Dans les cas très-graves et très-anciens de cette dernière maladie, il existe quelquefois, il est vrai, une semi-paralysie décrite par Cotugno; mais, outre qu'elle n'a, dans aucun cas authentique, affecté les deux membres, elle est toujours moins prononcée que dans les affections de la moelle. Ce point, au reste, est fort bien résumé par J. Frank; il dit (2) :

RACHIALGIA LUMBARIS.	NEURALGIA.
Ambo plerumque femora magis *imbecillitate* quam cruciatibus tentantur.	*Unum* afficitur femur, magis *dolore* excruciatum quam *imbecillitate*.

Bien que ces signes paraissent évidents, la confusion entre les deux maladies a été faite quelquefois; nous en avons donné un exemple dans l'observation de Cirillo précédemment citée. Cependant il eût suffi d'un peu d'attention pour éviter l'erreur. Mais on doit se rappeler que nous avons trouvé une névralgie sciatique chez quatre sujets affectés d'une paraplégie occasionnée par une affection de la moelle. Dans ces cas, le diagnostic offrait-il de plus grandes difficultés? Nullement. Les symptômes de névralgie sciatique n'étaient que temporaires, ils revenaient à des intervalles irréguliers; ils avaient été précédés des symptômes de l'affection de la moelle, lesquels restaient toujours évidents dans les intervalles, et conservaient leurs caractères particuliers, qui venaient seulement s'ajouter à la maladie, sans rien changer à ses signes.

(1) Valleix, *loc. cit.*, p. 594.
(2) J. Frank, *loc. cit.*, p. 214.

Enfin la maladie qui nous occupe pourrait être confondue avec une *névrite* ayant son siége dans le nerf sciatique (1).

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC.

1° *Signes distinctifs de la névralgie sciatique et de la coxalgie.*

NÉVRALGIE SCIATIQUE.	COXALGIE.
Douleur à la pression *aux environs* et principalement *en arrière* du grand trochanter.	Douleur causée par la pression, exercée principalement *sur* le grand trochanter.
La douleur produite par la flexion et l'extension de la cuisse est *nulle ou légère.*	La douleur produite par la flexion et l'extension de la cuisse est *tellement vive*, qu'elle rend ordinairement ces mouvements impossibles.
La marche est douloureuse, mais non *impossible.*	Marche rendue *impossible* par l'excès de la douleur.
Point de symptômes de *fièvre hectique.*	*Symptômes de fièvre hectique.*

2° *Signes distinctifs de la névralgie sciatique double et de la paraplégie avec douleurs.*

NÉVRALGIE SCIATIQUE.	PARAPLÉGIE.
Douleur indiquée par le malade *le long du trajet des nerfs.*	Douleur *vague* vers la plante des pieds, la partie moyenne des membres.
La douleur sciatique est *sourde, continue*, avec des *élancements* marqués.	Douleur consistant surtout en *fourmillements* et *picotements.*
Douleur généralement *plus vive.*	Douleur généralement *beaucoup moins vive.*
Augmente beaucoup par les mouvements, et surtout pendant la marche.	*Est peu ou point augmentée* dans les mouvements et dans la marche.
Pas de roideur.	*Roideur* des membres, à une certaine époque de la maladie.
Semi-paralysie qui rend le membre faible, mais n'ôte rien à la certitude des mouvements.	*Paralysie*, flaccidité, incertitude des mouvements des membres inférieurs.
Point de symptômes du côté du rectum et de la vessie, à moins d'accidents.	*Difficulté* de la défécation et de la miction.

3° *Signes distinctifs de la névralgie sciatique et du rhumatisme musculaire.*

NÉVRALGIE SCIATIQUE.	RHUMATISME MUSCULAIRE.
Douleur, surtout vive *lorsque le membre supporte le poids du corps.*	Douleur vive, principalement *lorsque les muscles malades entrent en contraction* (flexion, extension du membre).
Pression douloureuse dans des *points limités* et dans le trajet du nerf.	Pression douloureuse *dans une large étendue*, et non dans le trajet des nerfs.
La douleur spontanée *suit le trajet du nerf.*	La douleur spontanée *ne suit pas le trajet du nerf*; élancements sans trajet déterminé.

Pronostic. — La sciatique n'est pas une maladie mortelle. Lorsque pendant de longues années on a négligé de la traiter, ou qu'on ne lui a opposé que de faibles moyens, elle peut devenir rebelle ; mais ce n'est pas le cas le plus fréquent ; car les faits sont nombreux dans lesquels une sciatique datant de plusieurs années a été guérie en quelques semaines et même en quelques jours. Cependant, toutes choses égales d'ailleurs, le pronostic est incontestablement plus grave lorsque la névralgie est ancienne [ou bien quand elle est symptomatique d'une lésion organique située

(1) Voy. tome II, art. NÉVRITE, p. 209.

sur le trajet ou dans le voisinage du nerf]. Chez quelques sujets, la névralgie sciatique alterne avec d'autres affections du même genre, qui ont des signes très-variés : ces cas sont remarquables par la fréquence des récidives.

§ VII. — Traitement.

Médication externe. — Émissions sanguines. — Les succès qu'elles ont procurés ne sont ni nombreux ni frappants. Ce sont surtout les émissions sanguines locales auxquelles on a recours. [Elles sont plus particulièrement utiles chez les sujets pléthoriques, chez les femmes sanguines, quand la sciatique coïncide avec une suppression menstruelle]. Nous avons dit plus haut de quelle manière agissent, dans des cas rares, les *sangsues* et les *ventouses scarifiées.*

Vésicatoires à demeure. — Le vésicatoire à demeure, c'est-à-dire entretenu avec une pommade épispastique, est un moyen dont l'efficacité est incontestable. Mais elle est moindre encore que celle des vésicatoires volants multipliés; et comme, d'un autre côté, le pansement avec la pommade épispastique est très-douloureux dans les cas de névralgie, c'est à ceux-ci qu'il faut avoir recours.

Vésicatoires volants. — Cotugno, qui le premier a préconisé le vésicatoire, avait recours au vésicatoire volant qu'il pansait avec le beurre frais, et non au vésicatoire à demeure. C'est sur la tête du péroné que Cotugno appliquait le vésicatoire. Rarement il en mettait plusieurs.

Ayant remarqué que l'application d'un vésicatoire volant pouvait parfaitement faire disparaître la douleur d'un point douloureux, sans agir en aucune manière sur les autres points disséminés sur le trajet du nerf, nous avons pensé qu'il vaudrait mieux employer les *vésicatoires volants multipliés* et placés sur les principaux foyers de douleur, et ce traitement a procuré les succès les plus prompts et les plus complets, même dans des cas où la névralgie était ancienne et s'était montrée rebelle à d'autres traitements. On ne doit pas craindre de trop multiplier les vésicatoires. Partout où un point douloureux existe avec une certaine intensité, il faut en appliquer un. Dans les cas de moyenne intensité, il n'en faut guère que trois, un à la hanche (grand trochanter, ou articulation sacro-iliaque), un à la tête du péroné, et l'autre vers la malléole externe ; quelquefois il en faut quatre, cinq et même six à la fois. L'application de ces vésicatoires nombreux peut produire un léger mouvement fébrile, mais au bout de vingt-quatre ou trente-six heures il n'en reste plus rien. Il est rare que dès le lendemain de cette application, le soulagement ne soit pas déjà considérable. La plupart des malades ne se plaignent plus que de la douleur des vésicatoires, tant la douleur nerveuse est devenue supportable. Attaquez sans tarder les points douloureux nouveaux qui se présentent, renouvelez les vésicatoires sur les anciens, ou placez-les à côté, si la douleur n'a pas été complétement enlevée. Une tisane adoucissante et le repos complètent ce traitement, qui est très-facilement supporté par les malades ; si les douleurs étaient par trop vives, joignez-y, comme adjuvants, l'emploi de l'*opium* à l'intérieur, et l'application d'une petite quantité de *morphine* sur les vésicatoires ; mais dans la majorité des cas, on n'a pas besoin de recourir à ces moyens.

Cautère actuel. — Quand on a recours au cautère actuel, il vaut mieux appliquer le caustique sur les mêmes points où l'on applique les vésicatoires. Cependant,

la cautérisation dorsale du pied, à la manière des Arabes, a été faite avec succès par Robert (1).

Payan (2) a, de son côté, cité un cas dans lequel ce moyen a guéri une névralgie sciatique très-rebelle et traitée jusque-là sans succès par un grand nombre de moyens; la guérison fut obtenue en dix-sept jours.

Enfin, des recherches bibliographiques de Robert, il est résulté que déjà Klein (3) avait employé avec succès cette cautérisation dans deux cas.

Ce moyen a donc une très-grande efficacité ; mais il force le malade à l'inaction pendant un temps assez long, inconvénient que n'a pas la cautérisation transcurrente. Ce n'est donc que dans les cas où celle-ci aurait échoué qu'il faudrait y recourir.

Cautérisation transcurrente. — Jobert (de Lamballe) a appliqué principalement à la névralgie sciatique ce moyen à l'aide duquel il combat toutes les névralgies. Il est souvent très-difficile de le faire adopter par les malades ; et comme les vésicatoires volants réussissent ordinairement, on ne doit évidemment proposer le fer rouge que comme moyen extrême. Il y a une ressemblance assez grande entre la cautérisation transcurrente et celle qu'employait Albucasis, qui laissait seulement intacts les intervalles des douleurs. De cette manière, on doit également obtenir des succès nombreux et complets. [Grâce au chloroforme, cette opération n'est pas douloureuse, et est peut-être le moyen le plus efficace qu'on puisse mettre en usage. On pourra aussi avoir recours à la cautérisation ponctuée].

Cautérisation de l'hélix. — On a employé à Paris un moyen bien étrange, mais qui a réussi un certain nombre de fois : ce moyen consiste *à toucher avec le fer rouge la partie antérieure de l'hélix* (4).

Cette cautérisation, qui n'agit évidemment que comme moyen perturbateur, est le plus souvent impuissante contre les névralgies anciennes et rebelles, les seules qui demandent un traitement énergique. Beaucoup de malades traités par ce moyen voient très-promptement leurs douleurs reparaître, et la cautérisation de l'hélix, un moment en faveur, à cause de son étrangeté, n'était pas destinée à prendre place dans la thérapeutique.

Moxa. — Le moxa doit être rejeté. Il est plus douloureux que le vésicatoire volant, moins promptement et moins sûrement efficace que le cautère actuel.

Sinapismes. — Le sinapisme suivant qui était employé par Willis, et auquel on a attribué une efficacité si grande, a été nommé *cataplasme ischiatique :*

℞ Farine de moutarde......	250 gram.	Gingembre..................	15 gram.
Poivre blanc...........	15 gram.	Oxymel simple..............	q. s.

Mêlez.

Applications irritantes diverses. — On a recommandé les frictions le long du

(1) Robert, *Note sur le traitement de la névralgie sciatique par l'application du cautère actuel sur la face dorsale du pied* (*Revue médicale*, 1847, t. IV, p. 168).

(2) Payan, *Névralgie sciatique datant de quinze ans, presque instantanément guérie par l'application du cautère actuel sur le dos du pied* (*Union médicale*, 1er janvier, 1848, p. 2).

(3) Klein, *Journ. de Graefe et Walther*, 1824.

(4) Valleix, *De la cautérisation de l'hélix comme moyen de traitement de la sciatique* (*Union méd.*, novembre 1850, p. 564).

trajet du nerf malade, avec la *pommade d'Autenrieth*, ou bien avec une *solution de tartre stibié dans l'eau*, ainsi qu'il suit (1) :

℞ Tartre stibié......... 60 centigram. | Eau de fontaine........... 240 gram.

Dissolvez. Pour se frotter matin et soir.

Cette médication rentre dans le traitement par irritation externe dont les vésicatoires et le cautère actuel sont les agents les plus actifs.

On a proposé les frictions avec l'*huile de croton tiglium*, avec un *liniment ammoniacal*, avec un mélange d'*essence de térébenthine* et de *tartre stibié* (Delfrayssé) (2) ; avec tout ce qui peut produire une éruption ou rubéfier fortement la peau, et nul doute que, par ces moyens, on n'ait réussi à faire disparaître des névralgies peu intenses, car ce sont des remèdes qui agissent dans le même sens que ceux auxquels nous avons reconnu la plus grande efficacité ; seulement ils sont moins actifs : cette indication générale est suffisante.

Chaleur. — On a cité des faits dans lesquels l'exposition du membre à une distance assez rapprochée d'un feu vif pour que la sensation de chaleur fût difficile à supporter, a dissipé les douleurs ; d'autres dans lesquels l'application d'un corps très-chaud a eu le même résultat. On connaît le moyen vulgaire qui consiste à appliquer sur la partie malade un pain sortant du four. Peu importe la manière dont la chaleur est appliquée, pourvu qu'elle soit très-élevée.

Froid, hydrothérapie, bains de mer. — Quelques médecins, au contraire, conseillent de recourir à l'application de corps froids, et l'on a également cité quelques succès par ce moyen. Ce moyen de traitement n'agit pas seulement par l'application du froid ; les phénomènes de réaction, le régime, l'exercice, ont dû avoir nécessairement une grande influence dans cette médication. Rien ne prouve surtout que ce moyen ait une efficacité égale à celle des vésications et de la cautérisation transcurrente. Les *bains de mer* agissent principalement par la soustraction brusque du calorique, et par la réaction qui la suit ; à ce titre, ils doivent être rapprochés de l'hydrothérapie, et les mêmes réflexions s'appliquent à leur emploi.

Électricité, acupuncture. — Ce que nous en avons dit à propos des névralgies en général s'applique parfaitement à la névralgie sciatique. [L'acupuncture a réussi dans des cas de sciatique rebelle à tout traitement et existant depuis longtemps (3).]

Incisions sous-cutanées. — Riberi (4) a obtenu la guérison complète d'une névralgie sciatique très-rebelle en pratiquant deux *incisions sous-cutanées*, l'une à cinq lignes, l'autre à trois lignes de la tête du péroné, et en promenant la lame étroite du bistouri de manière à raser le périoste ; il ne resta plus que quelques légères douleurs au-dessus de ce point. Deux nouvelles incisions pratiquées dans cet endroit les firent disparaître.

[Nous n'avons qu'à renvoyer à tout ce que nous avons dit dans le *traitement général* des névralgies. Il est toutefois un moyen d'application externe des narcotiques, que Trousseau emploie assez fréquemment (5). Faisant un pli à la

(1) *Horn's Arch.*, 1813.
(2) Delfrayssé, *Journal des connaiss. méd.-chirurg.*, 1er juillet 1852.
(3) Brochin, *De l'acupuncture dans la névralgie et en particulier dans la sciatique* (*Gaz. des hôp.*, 30 septembre 1854, p. 463).
(4) Riberi, *Journ. des sciences médic. de Turin*, et *Journ. des connaiss. médic.*, mars 1847.
(5) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition, t. II, p. 330.

peau de la fesse, il incise la peau jusqu'au tissu cellulaire. Il bourre le fond de la plaie avec un bourdonnet de charpie maintenu par un large morceau de sparadrap ou diachylon, et il attend au lendemain. Le lendemain et les jours suivants, il introduit dans la plaie un, deux ou trois pois médicamenteux, ainsi composés :

℞ Extrait de belladone ou datura	aa 2 gr.	Poudre de gaïac finement tamisée.	4 gram.
Extrait d'opium..........		Mucilage de gomme adragant...	q. s.

Faites vingt bols, que l'on fait sécher à l'étuve.

Il est bon d'introduire avec les pois un pois à manger ordinaire, qui se gonflera et empêchera l'occlusion de la plaie. On panse une ou deux fois dans les vingt-quatre heures.

Rappelons seulement l'emploi de la teinture d'iode morphinée (Bouchut), de l'iodoforme (Moretin), du sulfate d'atropine (Wood et Béhier).

La formule de Moretin pour les névralgies (collodion à l'iodoforme) est de 2gr,50 d'iodoforme pour 50 grammes de collodion élastique, ce qui fait à peu près 1gr,50 pour 30.]

Narcotiques à l'extérieur, méthode endermique. — La pommade, les liniments *opiacés*, ont été mis en usage dans cette névralgie comme dans les autres ; mais on a eu principalement recours à l'application de la *belladone*. Todd (1) recommande les frictions suivantes :

℞ Extrait de belladone....... 8 gram. | Eau.................... 30 gram.

Dissolvez. Pour frictions matin et soir.

On peut avoir également recours à l'*aconit*, incorporé dans le cérat, dissous dans l'eau, etc. Ces moyens doivent être rangés parmi les simples adjuvants.

Les faits de guérison à l'aide des *sels de morphine* employés selon la *méthode endermique* sont assurément très-nombreux ; mais nous avons dit, en parlant des névralgies en général, quelle part il faut accorder dans ce traitement à l'absorption du sel narcotique.

Mercuriaux à l'extérieur. — Quand la névralgie sciatique est due au virus syphilitique, c'est le cas d'avoir recours aux mercuriaux. Cirillo dit avoir guéri nombre de sciatiques de cette nature, à l'aide de frictions avec la pommade suivante :

℞ Deutochlorure de mercure... 4 gram. | Axonge.................. 30 gram.

Mêlez et triturez dans un mortier de verre pendant douze heures, pour faire un onguent. Frictions une fois par jour sous la plante des pieds.

D'autres auteurs ont prescrit les frictions avec l'*onguent mercuriel* jusqu'à production de la salivation ; cette pratique est aujourd'hui abandonnée.

Sanchez faisait usage de la préparation suivante :

Pommade de Sanchez.

℞ Mercure.............. 120 gram. | Miel de Narbonne........... 15 gram.

Après l'extinction du métal, ajoutez :

Camphre en poudre.......... 13 gram. | Beurre de cacao........... 240 gram.

Triturez pendant soixante-dix heures.

(1) Todd, *Trans. of the surg. Apoth.*, vol. I.

Pour pratiquer les frictions, on se déshabille devant un feu clair, on prend de 8 à 15 grammes de cette pommade, on la fait fondre à la chaleur, et l'on se frictionne pendant huit à dix minutes, d'abord sur les parties douloureuses, puis à la partie interne de la cuisse correspondante, puis sur l'autre cuisse, et l'on recommence ensuite. Ce moyen a réussi dans un cas où les vésicatoires volants multipliés et l'application de la morphine par la méthode endermique n'avaient produit qu'une amélioration incomplète, et d'un autre côté plusieurs autres cas de ce genre ont été rapportés par les auteurs ; on est porté nécessairement à attacher une importance assez grande aux affections syphilitiques antérieures.

Moyens divers. — On a conseillé les *bains de vapeur*, l'*urtication*, des *emplâtres diaphorétiques savonneux*, l'application de la *laine* sur la peau, moyens qui excitent, soit seulement la partie malade, soit la surface du corps tout entière.

[Si les malades sont sous l'influence d'une diathèse goutteuse, avec ou sans concrétions tophacées, on leur préférera avantageusement les *eaux alcalines* de Vichy, d'Ems, de Carlsbad, de Pougues, s'il y a de la gravelle unique ; si la gravelle est phosphatique, on préférera Wiesbaden ou Bourbonne. Si les malades sont entachés du vice rhumatismal, on les enverra aux *sources sulfureuses* d'Aix en Savoie, de Bagnères-de-Luchon, d'Enghien, de Pierrefonds. Ces mêmes eaux, ainsi que celles de Louesche, de Wiesbaden, ont souvent déterminé des éruptions cutanées caractéristiques de la syphilis, et indiqué ainsi le traitement approprié (1)].

On a recommandé la *section transversale du nerf* sur la face dorsale de la seconde phalange, dans les cas de névralgie des doigts du pied ; nous n'avons jamais observé de névralgies assez bien bornées aux doigts du pied pour que cette section des nerfs puisse avoir quelque succès. D'ailleurs l'opération peut bien agir par la simple division des parties douloureuses ; car, des *sections sous-cutanées* n'intéressant pas le nerf, et pratiquées sur le point douloureux, ont guéri une sciatique rebelle.

Médication interne. — *Huile essentielle de térébenthine.* — Martinet l'administrait sous forme de looch et d'opiat, et le plus souvent avec succès. Mais un certain nombre de personnes ne peuvent en continuer l'usage, à cause des désordres gastriques qui en résultent. On évite ces inconvénients à l'aide des capsules (p. 706). On peut dans ces cas faire prendre l'huile essentielle de térébenthine en lavement à la dose d'une à deux cuillerées à bouche (15 à 30 grammes) émulsionnées avec un jaune d'œuf dans 500 grammes d'eau tiède.

Martinet employait la térébenthine *à l'extérieur*, et proposait les frictions suivantes :

℞ Huile de camomille........	64 gram.	Laudanum de Sydenham.......	4 gram.
Essence de térébenthine....	32 gram.		

Pour frictions matin et soir.

[Signalons encore la formule suivante, que nous devons à Reveil et qui constitue un révulsif très-énergique (2) :

(1) Voyez *Dictionnaire des eaux minérales*, par Durand-Fardel, Le Bret et Lefort. Paris, 1860.

(2) Reveil, *Formulaire des méd. nouv.*, 2e édit., 1865, p. 253.

℞ Térébenthine de Bordeaux.	5 gram.	Essence de thym.......... }	aa 2gr,50
Essence de térébenthine...	100 gram.	Essence de lavande........ }	
Ammoniaque liquide.....	15 gram.		

Mêlez.]

Narcotiques à l'intérieur. — Ce que nous avons dit de ces médicaments, à propos des autres névralgies, s'applique parfaitement à celle dont il s'agit ici, soit qu'on mette en usage l'opium, l'aconit, la belladone, soit qu'on emploie toute autre substance ayant des propriétés analogues.

Mercuriaux à l'intérieur. — Les mercuriaux à l'intérieur ont été administrés, tantôt en même temps que les frictions mercurielles, et tantôt seuls. Or, on a cité des cas de guérison par cette administration exclusive des mercuriaux à l'intérieur. Most propose la poudre suivante :

℞ Deutoxyde de mercure..	5 centigram.	Gomme arabique	5 gram.
Sucre blanc..........	15 gram.		

Faites une poudre. Divisez en seize paquets. Dose : un matin et soir.

D'autres recommandent le *calomel*, le *deutochlorure de mercure*, etc., l'*iodure de potassium* a réussi dans quelques névralgies sciatiques dont la nature était inconnue ; mais il a déterminé de belles guérisons chez des sujets syphilitiques à la dose de 50 centigrammes à 1, 2, 3, 4 grammes par jour (1).

Antispasmodiques. — On a encore prescrit le *camphre*, l'*asa fœtida*, l'*éther*, etc. ; mais aucun fait ne démontre que ces substances soient autre chose que de simples adjuvants, dans certains cas.

Sulfate de quinine. — La névralgie sciatique se montre rarement avec le type intermittent périodique, et, dans les cas dont nous avons connaissance, où elle a présenté quelque chose de semblable, le sulfate de quinine a échoué. Nous n'avons rien à ajouter ici à cette indication. Peut-être d'autres faits viendront-ils plus tard modifier les conclusions que nous en devons tirer quant à présent.

Moyens divers. — Knod recommande l'*hydrochlorate de potasse*, qu'il administre ainsi :

℞ Hydrochlorate de potasse....	6 gram.	Eau distillée.............	120 gram.

Mêlez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les deux heures.

La formule suivante appartient à Jahn :

℞ Crème de tartre..........	15 gram.	Sucre blanc.......	8 gram.
Soufre précipité..........	8 gram.	Herbe d'aconit	4 centigram.

Mêlez. Faites une poudre. Dose : une petite cuillerée à thé toutes les deux heures.

Employée principalement dans les cas où il y a une constipation. Suivant quelques médecins, il suffit de procurer la liberté du ventre pour guérir un bon nombre de névralgies sciatiques, et de là l'usage des *purgatifs*. La liberté du ventre doit être soigneusement entretenue chez les malades qui gardent constamment le lit, et auxquels on donne très-fréquemment des préparations opiacées ; mais nous n'avons jamais vu que les purgatifs aient amélioré la maladie au point de faire espérer

(1) Devoisin, *Journal des conn. méd.-chir.*, 1er juin 1842. — Gérard (de Lyon), *Union méd.*, mai 1852. — Zambaco, *ouvr. cité*, p. 113. — Gros et Lancereaux, *id.*

une guérison solide ; nous avons toujours éliminé les cas où la guérison devait se produire spontanément, ce que n'ont généralement pas fait les auteurs.

Mentionnons encore le *gaïac*, le *vin antimonié* d'Huxham, le *rhododendron chrysanthemum*, l'*extrait de narcisse*, la *compression*, etc.

Précautions générales. — Pendant le *traitement par les vésicatoires*, les malades doivent garder un repos absolu au lit.

Ils doivent être chaudement couverts, et dans un appartement bien sec.

La liberté du ventre doit être entretenue par de légers laxatifs.

Enfin il faut leur permettre un *régime* varié et assez abondant, à moins qu'il n'y ait quelque complication. Les condiments trop excitants et les liqueurs fortes, ainsi que le vin pur, doivent être seul proscrits.

Dans le *traitement par la cautérisation transcurrente*, presque toutes ces précautions peuvent être négligées.

Les seuls médicaments qu'on puisse regarder comme ayant une efficacité générale, sont : 1° ceux que nous avons indiqués en parlant des névralgies en général (*vésicatoires*, *cautérisation*), et 2° l'*huile essentielle de térébenthine*. Il y a néanmoins des restrictions à apporter à l'approbation de ce dernier moyen. Il est désagréable, difficilement supporté par beaucoup de malades, quelques précautions qu'on prenne, et, ce qui est bien plus grave encore, il a une efficacité moindre que les moyens précédents.

RÉSUMÉ. — 1° *Médication externe.* — Émissions sanguines ; vésicatoires à demeure, volants ; cautère actuel, cautérisation transcurrente ; moxa ; sinapismes ; applications irritantes diverses ; chaleur ; froid ; hydrothérapie ; bains de mer ; électricité ; acupuncture ; narcotiques à l'intérieur ; mercuriaux à l'extérieur ; section transversale des filets nerveux sur les orteils.

2° *Médication interne.* — Huile essentielle de térébenthine ; narcotiques à l'intérieur ; mercuriaux à l'intérieur ; iodure de potassium ; antispasmodiques ; sulfate de quinine ; moyens divers.

9° NÉVRALGIES MULTIPLE ET ERRATIQUE.

§ I. — Symptômes.

A. **Névralgie multiple.** — Dans les articles précédents nous avons fait remarquer que, outre l'affection dont nous donnions la description, il existait souvent, chez le même sujet, d'autres névralgies occupant un siége plus ou moins éloigné de la maladie principale. Ce sont là des névralgies multiples ; mais ces névralgies sont assez différentes, suivant les cas. Ainsi, chez un sujet affecté de *névralgie sciatique*, par exemple, une douleur *cervico-occipitale* se montre, soit permanente, soit passagère, sans que l'examen le plus attentif puisse faire découvrir la moindre souffrance dans les nerfs situés entre des parties si éloignées ; chez un autre, la douleur se propage évidemment, d'une part, au nerf crural, et de l'autre, aux nerfs lombaires. Dans le premier cas, on ne peut attribuer la production de ces névralgies, si éloignées l'une de l'autre, qu'à une cause générale, tandis que dans le second on peut admettre, outre cette cause, une propagation du mal par voie de contiguïté. Cette propagation est si fréquente, que, pour quiconque examinera attentivement les malades soumis à son observation, il ne sera pas douteux que la

névralgie a une grande tendance à se propager de proche en proche. La névralgie trifaciale se porte vers le nerf occipital, et la névralgie occipitale envahit le nerf trifacial. On sait avec quelle facilité la névralgie cervico-faciale envahit les nerfs thoraciques, et il n'est pas rare de voir la névralgie sciatique atteindre le plexus lombaire, et réciproquement.

Cette tendance à gagner ainsi les nerfs voisins est quelquefois telle, que, en peu de temps, tout un côté du corps est atteint de névralgie. Nous avons observé plusieurs cas remarquables. L'un d'eux a été cité ; l'autre offrait, en outre, cette particularité curieuse, que la névralgie, étendue peu à peu et de proche en proche à tout un côté du corps, avait été causée par une contusion d'un point très-limité du nerf trifacial, et était bornée primitivement à une très-petite étendue de ce nerf.

Dans un cas cité par de Sainte-Marie (1), la névralgie, chassée pour ainsi dire par des cautérisations successives, quitta, après chaque application du cautère, la région thoracique où elle avait commencé, pour se porter vers l'aine gauche, l'hypochondre, puis la cuisse, le genou, la jambe, la plante du pied : chaque fois la cautérisation la fit disparaître.

Il faut ordinairement un temps assez long pour que la névralgie, primitivement limitée à un seul nerf, en envahisse plusieurs. Dans les cas où le mal est négligé, on a à craindre cette propagation. Aussi voyons-nous la névralgie intercostale se propager assez fréquemment à une grande étendue du tronc.

B. **Névralgie erratique.** — Il est rare de voir une névralgie disparaître brusquement et être immédiatement remplacée par une autre. Nous n'avons pu citer qu'un exemple de cette métastase névralgique, s'il est permis de s'exprimer ainsi. Il nous avait été communiqué par Grisolle, et était relatif à un jeune homme qui avait vu tout à coup une douleur nerveuse de la tête être remplacée par une gastralgie. Depuis nous avons vu, dans un cas, une névralgie intercostale accompagnée de gastralgie être brusquement remplacée par une névralgie trifaciale. [Romberg vit, chez un vieillard, une névralgie du trijumeau disparaissant au moment de l'apparition d'un zona, et revenant quand le zona guérit.] Mais voici ce que l'on observe plus fréquemment :

Chez un certain nombre de sujets, une névralgie, après avoir duré quelques jours, disparaît; puis, au bout d'un temps peu considérable, il s'en montre une autre dans un autre point; puis la première reparaît, et l'on en voit survenir une autre ayant un siége différent des premières, et toujours après un intervalle peu considérable. C'est ce que l'on observe surtout dans le cours des traitements d'une efficacité incontestable, les vésicatoires volants, par exemple. Il semble alors que la douleur, due à une cause générale, après avoir été expulsée du nerf où elle s'était établie, se réfugie dans un autre, puis dans un autre, à mesure qu'elle est attaquée. En général, ces douleurs nerveuses n'ont presque jamais, et peut-être même jamais la même intensité que les névralgies à siége bien déterminé.

§ II. — Traitement.

La *névralgie multiple* ne présente rien de particulier relativement au traite-

(1) De Sainte-Marie, *Journal de médecine de Bordeaux*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er juillet 1851.

ment : multipliez les applications topiques, à cause du plus grand nombre de points douloureux.

La *névralgie erratique* est ordinairement très-rebelle, parce qu'elle fuit, en quelque sorte, devant les moyens thérapeutiques les plus efficaces. On est habituellement forcé de recourir aux remèdes pris *à l'intérieur*, et qui ont une action générale ; mais bien souvent la maladie résiste à tout.

10° NÉVRALGIE GÉNÉRALE.

Cette affection ne nous est connue que depuis le commencement de l'année 1847, époque à laquelle nous avons pu en observer avec attention le premier fait bien évident. Nous avons complété cette étude par deux mémoires publiés en 1847 (1) et 1848 (2) ; Leclerc (de l'île Bourbon) en a fait le sujet de sa thèse inaugurale (1852) ; [Fonssagrives (3) a étudié l'action des miasmes des marais, et Tanquerel des Planches (4) l'influence des préparations saturnines sur la production de la névralgie générale].

La névralgie générale nous a tout d'abord paru distincte de la *névralgie multiple*, ou névralgie plus ou moins *généralisée*, par un ensemble de phénomènes nerveux très-remarquables, de telle sorte que l'affection, loin d'être localisée dans les nerfs, occupe tout l'ensemble du système nerveux. Ces phénomènes ont une très-grande importance ; car ils ont fait prendre bien des fois pour une maladie très-grave, et même incurable, une affection dont le traitement est des plus simples et en même temps des plus sûrs.

§ I. — Synonymie, définition, fréquence.

Nous donnons le nom de *névralgie générale* à une affection caractérisée par de nombreux points douloureux à la pression sur la surface du corps, par les autres phénomènes de la névralgie le long de plusieurs nerfs, et par des symptômes cérébraux, tels que les étourdissements, les vertiges, le tremblement, l'abattement des forces.

La fréquence de cette maladie n'est pas grande : nous n'en avons observé qu'une quinzaine de cas. Il n'est pas douteux cependant que, quand on la connaîtra bien, les exemples se multiplieront.

§ II. — Causes.

Nous n'avons vu la maladie que *chez des hommes adultes ;* mais dans douze cas observés par Leclerc (5), quatre eurent lieu chez des femmes, et nous l'avons notée nous-même chez une femme. Presque tous avaient une *mauvaise hygiène*, se nourrissant mal et ne prenant aucune précaution contre les intempéries de l'air.

Huit fois sur les douze cas recueillis par Leclerc, les malades habitaient des logements bas, humides, mal aérés.

(1) Valleix, *Considérations sur un cas de névralgie occupant presque tous les nerfs du corps* (*Union médicale*, 22 mai 1847).

(2) Valleix, *De la névralgie gén.*, *etc.* (*Bulletin général de thérapeuthique*, janvier 1848).

(3) Fonssagrives, *Mémoire sur la névralgie générale et notamment sur celle d'origine paludéenne* (*Arch. gén. de méd.*, 1856, 5e sér., t. VII, p. 277).

(4) Tanquerel des Planches, *Traité des maladies de plomb ou saturnines*, Ier vol. *Arthrologie saturnine*.

(5) J. M. M. Leclerc, *De la névralgie générale*, thèse de doctorat en médecine. Paris, 1852, 19 août, n° 239.

Il n'en est que deux sur sept qui eussent l'*habitude de boire de l'eau-de-vie*, principalement le matin à jeun, et encore n'en faisaient-ils pas un véritable abus. Ce fait mérite d'être noté, à cause de la ressemblance assez grande qui existe entre la névralgie générale et le *delirium tremens*.

§ III. — Symptômes.

Le *début* a toujours été lent et graduel. Un peu de malaise allant toujours en augmentant, des douleurs vagues, de la tristesse et le brisement des forces, tels sont les symptômes qui l'ont marquée dans tous les cas.

La *douleur* est de nature essentiellement névralgique. Elle occupe, en effet, des *points limités* et plus ou moins éloignés les uns des autres. Ces points sont *sensibles à la pression*. Ils sont parfois le siége d'*élancements* plus ou moins vifs et plus ou moins étendus, et ils se trouvent précisément là où l'on rencontre les points douloureux à la pression dans les névralgies ordinaires. Ainsi on les trouve disséminés le *long de la colonne vertébrale*, dans différentes parties des *espaces intercostaux*, le long de la *crête iliaque*, à l'*épigastre*, à l'*hypogastre*, comme dans les névralgies cervicale, dorsale, lombaire; le long du trajet des *nerfs trifacial*, *occipital*, *cubital*, *radial*, *sciatique*, etc. Comme dans les autres névralgies, c'est *aux points d'émergence, dans ceux où les nerfs deviennent superficiels, dans ceux où ils viennent se terminer dans la peau*, que la douleur se manifeste. Il y a identité parfaite, de telle sorte que, quand même on ne voudrait pas admettre que la maladie tout entière consiste dans une névralgie, il faudrait au moins reconnaître que, quelle que soit l'affection à l'existence de laquelle on s'arrêterait, il y a complication, et il existe des symptômes de névralgie qu'il est impossible de nier.

Il n'y a presque pas de point du corps où puisse se manifester une douleur névralgique qui ne fût douloureux chez un des sujets dont nous avons recueilli l'histoire, et chez les autres sujets le nombre des points douloureux était très-considérable.

Comme dans toutes les névralgies, la *vivacité de ces douleurs varie beaucoup d'un jour à l'autre*, et parfois dans la même journée ; après s'être plaint seulement d'une douleur vague générale, les malades accusent souvent plus tard une douleur bien caractérisée, et les foyers douloureux deviennent évidents.

Il arrive aussi, chez quelques sujets, qu'on observe, dans certains points du corps, une *insensibilité* plus ou moins complète *de la peau*. Ce fait ne surprendra pas ceux qui connaissent bien l'histoire des névralgies, car il a été noté dans d'autres cas de névralgie isolée bien évidente : nous en citerons, entre autres, un qui a été observé dans notre service, à l'Hôtel-Dieu annexe (1).

La douleur qui existe chez ces malades, et qui se développe, soit spontanément, soit sous l'influence de la pression, est bien de nature névralgique.

Un second symptôme, qu'il importe beaucoup de signaler, est l'*affaiblissement des membres*. Nous l'avons constaté chez tous les malades, et parfois nous avons vu qu'il était plus marqué d'un côté que de l'autre. C'est surtout dans les membres

(1) Notta, *Mémoire sur le traitement des névralgies par la cautérisation transcurrente* (*Union médicale*, 1847).

supérieurs qu'on le remarque : si l'on dit au malade de vous serrer la main, on voit que ce serrement n'est nullement en rapport avec la force que fait supposer le développement des muscles, et l'augmentation très-considérable d'énergie, après la guérison, vient prouver que cette faiblesse des membres supérieurs était bien réelle.

La faiblesse des membres inférieurs est moins notable ; cependant, quand on fait marcher les malades, on voit qu'ils le font lentement, et l'existence des étourdissements et des vertiges ne rend pas seule compte de cette lenteur de la démarche. Chez un malade, nous avons noté, en outre, une roideur évidente des membres supérieurs.

Tous ont présenté, à un degré plus ou moins élevé, un *tremblement des membres supérieurs*, que l'on constate comme il suit : Si, après avoir fait asseoir ou lever les malades, on leur fait étendre les bras, les doigts étant écartés les uns des autres, on voit d'abord ceux-ci, puis les poignets, agités de mouvements rapides et courts, qui augmentent d'étendue et de rapidité, quand on laisse les malades pendant un certain temps dans cette position. Nous avons remarqué que le degré de ce tremblement était en rapport direct avec celui des étourdissements et de la faiblesse musculaire. Aussi était-il surtout remarquable chez le premier sujet qui s'est offert à notre observation (1).

Nous avons, dans tous les cas, examiné avec soin la *sensibilité cutanée*, et nous ne l'avons trouvée obtuse que chez un seul sujet. Ce symptôme ne doit donc être regardé que comme accidentel ; et c'est ainsi, du reste, qu'il se montre dans les névralgies de quelque espèce qu'elles soient.

Des *éblouissements*, des *étourdissements*, qui se manifestent surtout lorsque le malade veut marcher, ont été notés chez tous les sujets, moins un dont la maladie n'était pas aussi avancée. Quelquefois ils sont portés à un tel degré, que le malade est, à chaque instant, près de tomber à droite, à gauche ou en arrière ; qu'il marche comme un homme ivre ; qu'il est obligé de se tenir aux colonnes du lit, à la muraille. Ces symptômes sont ceux dont les malades se plaignent le plus, on comprendra comment ils peuvent attirer exclusivement l'attention du médecin.

Dans les névralgies trifaciale et occipitale, les étourdissements se montrent assez souvent, si ce n'est d'une manière constante, du moins pendant les violents paroxysmes ; il y a alors des battements des artères, la rougeur, la chaleur de la face, le larmoiement, l'écoulement nasal, la salivation. Un simple état douloureux des nerfs peut causer, d'une manière plus ou moins marquée, des troubles de l'innervation, qui eux-mêmes produisent des troubles de la circulation et des sécrétions.

L'*intelligence* ne présente pas de troubles très-considérables, cependant on y remarque un peu d'affaiblissement, caractérisé par un certain air d'hébétude et par la lenteur des réponses. Les malades sont tristes, découragés, ce qui est dû, sans aucun doute, à la persistance des douleurs, au malaise général et à l'impossibilité de travailler qui en résulte. La *face* présente tour à tour des signes d'accablement et d'anxiété, suivant que les douleurs sont plus ou moins vives.

Du côté des *voies digestives* on n'observe rien de remarquable. La *langue* était un peu tremblante chez un sujet. L'*appétit* était, en général, conservé à un assez

(1) Valleix, *Union médicale, loc. cit.*

haut degré; il n'y avait pas de *soif* vive, à moins qu'il ne survînt une maladie incidente, et le *ventre* était à l'état normal.

La *respiration* et la *circulation* sont naturelles. Dans un cas le *pouls* était un peu lent. La *peau* est fraîche; en un mot, il n'y a *pas la moindre trace de fièvre.*

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est *chronique* et généralement progressive. Le début est lent et graduel; puis, au bout d'un temps très-variable et qui est ordinairement de deux ou trois mois, les symptômes restent stationnaires ou ne s'aggravent qu'avec plus de lenteur.

La *durée* de cette maladie est indéterminée, et, dans presque tous les cas, il n'y a aucune tendance à une terminaison favorable. Cependant nous avons vu, en 1850, un malade qui présentait à un assez haut degré tous les symptômes de la névralgie générale, et qui, sans aucun traitement actif, par la seule influence du repos et d'une bonne hygiène, a parfaitement guéri de son affection. Ce cas rapproche encore la névralgie générale de la névralgie bornée à un ou plusieurs nerfs; car l'expérience prouve que dans cette dernière la guérison spontanée se montre assez fréquemment; mais cette guérison paraît beaucoup plus rare dans la névralgie générale, car chez tous les autres sujets un temps assez long s'étant écoulé entre l'admission des malades à l'hôpital et le traitement actif, le mal restait stationnaire.

La névralgie générale n'a, sauf dans quelques cas exceptionnels, aucune tendance à la guérison spontanée.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

Diagnostic. — Le diagnostic présente quelques difficultés; car on peut croire à une affection cérébrale chronique, et, de plus, il ne paraît pas très-facile de distinguer la maladie du *delirium tremens.*

Les *affections cérébrales qui intéressent profondément la substance du cerveau* se distinguent de celle qui nous occupe par les symptômes observés du côté de la tête et par la paralysie bornée à une certaine partie du corps. Ainsi le *ramollissement* présente une douleur fixe dans le côté de la tête qu'il occupe, et la paralysie, ainsi que la contracture des membres, du côté opposé. Des symptômes semblables s'observent dans les cas de *tumeur* et d'*abcès du cerveau.* Il faut joindre en outre à ces phénomènes des altérations souvent considérables de l'intelligence et des convulsions. En ayant égard à ces différences, on évitera facilement l'erreur.

Dans la *paralysie générale des aliénés,* il y a des désordres de l'intelligence qui sont très-caractéristiques et que nous n'avons pas observés chez nos malades. De plus, chez eux, la paralysie est bien différente du simple affaiblissement que présentent les sujets affectés de névralgie générale. Chez les paralytiques aliénés la paralysie se fait sentir sur les organes internes : la langue, la vessie, le rectum; ce qui n'a pas lieu dans l'affection qui nous occupe. Ces dernières considérations sont applicables aux cas de *paralysie progressive sans aliénation* et sont suffisantes pour les faire distinguer.

Le *delirium tremens* ressemble beaucoup plus à la névralgie générale; ayant

observé un cas de *delirium tremens* dans lequel il existait de nombreux points douloureux à la pression, nous avons cru un instant qu'il en était ainsi ; mais, depuis lors, nous n'avons plus trouvé ces points douloureux dans le *delirium tremens*, et, en outre, il y a dans cette affection des symptômes qui n'existent pas dans celle qui nous occupe. Ces symptômes sont : l'insomnie, les visions, l'agitation, la soif, le désordre des idées. Dans le *delirium tremens* il y a, comme cause facile à reconnaître, l'abus des liqueurs alcooliques ; tandis que cette cause n'existe pas dans la majorité des cas de névralgie générale.

Dans le *tremblement mercuriel*, le tremblement, porté beaucoup plus loin que dans la névralgie générale, est à peu près le seul symptôme de l'affection ; tandis que dans l'*intoxication saturnine*, ce sont le dépérissement, la décoloration, les paralysies partielles et les douleurs des membres qui dominent. Ces différences sont très-grandes et l'erreur est facile à éviter.

Pronostic. — Le *pronostic* n'est pas grave, puisqu'elle cède facilement à un traitement très-simple. Toutefois il ne faut pas perdre de vue que la maladie, livrée à elle-même, n'a, dans la très-grande majorité des cas, aucune tendance à la guérison spontanée.

§ VI. — Traitement.

L'affection étant de nature névralgique, on pourrait lui appliquer les *divers moyens mis en usage contre les diverses névralgies ;* mais, comme elle occupe toute l'étendue ou presque toute l'étendue du corps, la plupart de ces moyens seraient d'une application difficile. Il faudrait multiplier à l'infini les vésicatoires pour enlever tous les points douloureux qui existent. L'expérience ne nous a encore rien appris sur l'utilité des divers moyens internes.

On pratique la *cautérisation transcurrente* de manière à *atteindre à peu près tous les points douloureux qui existent.* Ainsi on promènera le cautère actuel sur la tête, le long de la colonne vertébrale et de la partie antérieure du corps, le long des espaces intercostaux, et enfin sur les membres, suivant le trajet des nerfs affectés.

Ce n'est souvent qu'au bout de deux ou trois jours qu'une amélioration notable se fait sentir ; quelquefois cependant les malades sont complétement guéris le jour même ou le lendemain. En général, ils ne se ressentent plus de leur affection de cinq à huit jours après l'opération. Les forces reviennent, les douleurs, les étourdissements disparaissent, ainsi que les tremblements. Enfin la gaieté renaît, et toutes les fonctions se rétablissent. Dans un cas, la douleur, qui avait disparu de tous les autres points du corps, persistait dans le membre inférieur gauche, comme dans une névralgie sciatique ordinaire, bien que la cautérisation eût porté sur ce point. De nouvelles cautérisations la firent disparaître.

Nous n'avons eu besoin, dans presque tous les cas, de recourir à la cautérisation qu'une seule fois. Si le cas l'exige, on peut la recommencer dix ou quinze jours après la première, et y revenir plus tard. Dans les cas observés par Leclerc, les choses se sont passées de la même manière.

[Cependant des cas se sont montrés rebelles à la cautérisation ; alors on pourra employer l'électrisation cutanée, les injections hypodermiques au sulfate d'atropine dont nous avons parlé précédemment, l'application locale du chloroforme ou de l'éther, le collodion élastique à la morphine ou à l'iodoforme.]

Pour le compléter, il suffit d'y ajouter les soins d'une bonne hygiène et un

régime tonique, sans être excitant. Ces soins hygiéniques et ce régime devront être continués par les malades après la guérison.

[S'il y a une intoxication paludéenne ou saturnine, le quinquina pour le premier cas, les purgatifs, etc., dans le second, sont indispensables.]

ARTICLE IV.

HYPERESTHÉSIE DES NERFS SENSORIELS.

DERMALGIE OU HYPERESTHÉSIE DE LA PEAU.

Cette affection douloureuse de la peau, dans l'immense majorité des cas, ne constitue autre chose qu'un des points douloureux des névralgies ordinaires dans un siége déterminé : la peau. Nous avons dit, en parlant des névralgies en général, qu'il n'est pas rare d'observer une douleur vive au simple contact du doigt sur la peau ; que parfois il suffit de promener sur le tégument un corps léger, la barbe d'une plume par exemple, pour y réveiller la douleur dans un point circonscrit. C'est là évidemment une simple dépendance de la névralgie ; mais, dans quelques cas, on a trouvé cette douleur indépendante, comme on trouve une douleur bornée à un petit rameau nerveux, et l'on a donné le nom de *rhumatisme de la peau* ou de *dermalgie* à l'une et à l'autre de ces formes d'affections douloureuses du tégument.

Piorry, Jolly et Beau ont insisté sur ces douleurs superficielles. [Canuet (1) s'est fait l'interprète des idées d'Alphée Cazenave et de Chausit. On consultera encore avec fruit la thèse d'agrégation de Marcé.]

En pratique que faut-il entendre par névralgie de la peau ? Si, avec les auteurs que nous venons de citer, on disait qu'il y a dermalgie toutes les fois que la peau devient douloureuse sans aucun changement appréciable de son tissu, on aurait raison d'une manière générale, mais on établirait une distinction fâcheuse ; car par là on tendrait à faire croire qu'il existe dans tous ces cas une affection du tégument nettement séparée de toute autre. Ce serait comme si, prenant chaque rameau nerveux en particulier chez les sujets affectés de névralgie ordinaire, on voulait en faire autant de névralgies particulières. Or il n'en est pas ainsi : par exemple, un sujet est affecté de névralgie sciatique ; il a des douleurs dans les rameaux plantaires ; mais il en a aussi dans les autres parties des nerfs : on ne dit pas qu'il y a une névralgie plantaire, mais bien une névralgie sciatique. Il faudrait, pour que la première dénomination fût bien appliquée, que la douleur fût bornée au nerf plantaire. De même, si, dans un cas où la peau présente un point douloureux très-vif, nous trouvons dans plusieurs points du nerf qui apporte la sensibilité à cette partie du tégument d'autres foyers de douleur, nous ne pouvons pas dire qu'il existe une dermalgie ; nous disons qu'il y a une névralgie sciatique, intercostale, lombaire, avec un point cutané plus ou moins douloureux. Or, c'est ce qui a lieu ordinairement. Tous ces cas, par conséquent, entrent dans les névralgies ordinaires, et nous ne devons pas nous en occuper ici.

On doit laisser de côté les douleurs plus ou moins vives occasionnées par l'érysi-

(1) Canuet, *Sur l'influence du système nerveux dans les maladies cutanées*, thèse inaugurale, 1855.

(2) Marcé *Altérations de la sensibilité*. Paris, 1860.

pèle commençant, le zona et les autres affections de ce genre. En pareil cas, la douleur est un simple symptôme d'une autre maladie, et ne saurait être considérée elle-même comme une affection distincte. S'il en était autrement, il faudrait considérer comme des névralgies presque toutes les douleurs causées par les inflammations, puisqu'il est évident que les filets nerveux de l'organe enflammé en sont le siége.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Nous donnons le nom de *dermalgie* à une douleur de forme névralgique ayant son siége exclusivement dans la peau et étant idiopathique. Cette affection, considérée ainsi, n'est pas très-fréquente.

§ II. — Causes.

Suivant Beau (1), cette maladie est bien évidemment de *nature rhumatismale*. Ce qu'il y a de certain c'est que, ainsi que le fait remarquer cet auteur, la douleur nerveuse de la peau survient souvent chez des personnes qui présentent des douleurs musculaires auxquelles on a donné le nom de *rhumatisme*. Mais elles se montrent aussi fréquentes chez des sujets affectés de névralgie ordinaire, et par conséquent il nous faudrait discuter si ces névralgies sont ou ne sont pas de nature rhumatismale (2).

D'après Beau encore, cette maladie se rencontre le plus souvent dans l'*âge adulte*, et plus fréquemment chez les *hommes* que chez les femmes ; mais nous ne connaissons aucun relevé de faits qui démontre d'une manière décisive l'exactitude de ces assertions. Relativement à l'âge adulte, ce que nous savons des névralgies en général doit nous porter à admettre qu'il en est réellement ainsi. Quant au *sexe*, nous devons rester indécis.

Beau a vu l'impression du *froid*, surtout le corps étant en sueur, produire cette affection. Il a cité des cas où une douleur vive du tégument a suivi de près le refroidissement causé par une pluie froide ; mais cette dermalgie était d'une espèce particulière. C'était, en effet, une dermalgie fébrile, et il reste toujours à savoir si les douleurs de la peau qui se produisent sans aucune réaction reconnaissent la même cause.

D'après le même auteur, la dermalgie s'observe habituellement au *commencement du printemps*, dans un simple *changement de temps*. Elle se présente souvent chez les femmes *hystériques*, et aussi chez les sujets affectés de *paraplégie*. Relativement à ces dernières assertions, en pareil cas la dermalgie est le plus ordinairement une simple dépendance d'une névralgie ordinaire. C'est ainsi que le *clou hystérique* en particulier, sur lequel Beau a insisté, doit être presque toujours considéré comme un simple point douloureux d'une névralgie de la tête (3). [Sandras (4) a cité des cas où une cause locale (ablation d'une tumeur au sein, contusion) a été la cause occasionnelle d'une névralgie cutanée. Corlieu a vu un cas d'hyperesthésie cutanée chez un individu près duquel tomba la foudre : l'hyperes-

(1) Beau, *Note sur les dermalgies, etc.* (*Archives générales de médecine*, 3e série, 1841, t. XII, p. 120).
(2) Voy. tome I, RHUMATISME MUSCULAIRE.
(3) Voy. NÉVRALGIE TRIFACIALE et CERVICO-OCCIPITALE, t. I, p. 708.
(4) Sandras, *Traité des mal. nerveuses*, t. II, p. 143.

thésie n'occupait qu'un côté du corps, et dura une dizaine de jours.] Ayant recueilli quelques observations de *maladie de la moelle*, nous avons vu que de véritables névralgies peuvent se produire dans le cours de ces affections, et nous avons noté des points douloureux de la peau comme dans les névralgies ordinaires; mais nous avons pu aussi constater que parfois il n'y avait qu'une douleur limitée à la peau dans un point peu étendu, et alors il existait une véritable dermalgie. Chez cette femme qui avait fini par perdre complétement l'usage de ses membres inférieurs, il survenait parfois une douleur très-vive siégeant ordinairement sur le cou-de-pied, et telle que la plus légère friction était insupportable. L'exploration attentive des nerfs de la jambe et de la cuisse ne faisait reconnaître aucun autre point douloureux. L'existence d'une dermalgie indépendante n'était donc pas douteuse (1).

La dermalgie se développe parfois *sans cause appréciable*. Il en est de même de toutes les névralgies, et par conséquent on devait s'attendre à un pareil résultat, surtout en considérant la dermalgie d'une manière générale.

La description donnée par les auteurs a dû nécessairement se ressentir du défaut de distinction entre la dermalgie proprement dite, la dermalgie idiopathique, et celle qui n'est qu'un simple phénomène morbide d'une affection plus étendue. En effet, les symptômes des névralgies ordinaires, dont la dermalgie est si souvent une simple dépendance, entrent pour beaucoup dans cette description. Nous présenterons celle de Beau, qui est la plus complète, en l'accompagnant de quelques réflexions.

§ III. — Siége.

Cette affection peut *siéger* dans tous les points de la peau de la tête, du tronc et des membres; mais elle se rencontre plus souvent aux membres inférieurs et à la tête qu'ailleurs. Depuis que les points douloureux de la névralgie intercostale ont été recherchés avec plus de précision, on a trouvé fréquemment des parties de la peau du thorax offrant une douleur excessive. Reste à savoir si ces points douloureux se montrent souvent d'une manière indépendante; mais la même réflexion s'applique aux douleurs cutanées de la tête et des membres inférieurs. Si nous pouvions nous en rapporter à de simples souvenirs, nous dirions que les douleurs bornées à la peau nous ont paru plus fréquentes sur les endroits couverts de poils que partout ailleurs, ce qui rentre dans la manière de voir de Beau, qui a indiqué un signe particulier dans les cas où le siége de la douleur est couvert de poils.

Quelquefois toute la peau est envahie ; mais cela est rare : le plus souvent la dermalgie occupe une étendue qui varie de 2 centimètres à 1 décimètre carré.

§ IV. — Symptômes.

Quant à la *douleur* de cette névralgie, on peut dire qu'elle est double : l'une *fixe*, l'autre *intermittente*. Ces deux espèces de douleurs peuvent exister séparément ; mais le plus souvent elles sont réunies.

La *douleur fixe* présente plusieurs variétés d'intensité ou de forme. A son degré

(1) Nous croyons devoir faire remarquer de nouveau, pour éviter toute fausse interprétation, qu'il n'y a pas, au fond, de dissidence réelle entre nous et Beau. Seulement, nous n'envisageons pas la dermalgie d'une manière en quelque sorte abstraite, comme cet auteur. Il a fait de la pathologie générale, et nous faisons de la pathologie spéciale.

le plus faible, elle consiste dans une légère exaltation de la sensibilité normale ; il semble au patient que la peau subit le contact fatigant d'une toile d'araignée ; ou bien, si le mal est plus intense, la douleur ressemble à celle qui résulte de l'enlèvement de l'épiderme et de la dénudation du corps papillaire.

La *douleur intermittente* se fait sentir toutes les demi-minutes environ. Elle est beaucoup plus vive que la précédente, car elle est souvent portée au point d'empêcher les mouvements de la partie affectée et de priver le malade de sommeil. Le malade la compare à celle qui résulterait d'une étincelle électrique, d'un coup d'épingle, ou bien encore à celle que produirait un clou si on l'enfonçait dans la peau à plusieurs reprises.

La douleur fixe est augmentée (*douleur provoquée*) par le frottement des vêtements. Si l'on promène les doigts sur la peau, même légèrement, on produit une sensation comparable à celle que l'on déterminerait avec une brosse rude. Pour que le résultat s'observe, il n'est pas nécessaire que l'épiderme soit très-mince ; car on peut l'obtenir même sur les points où l'épiderme est très-épais, comme à la peau du talon. Si la partie affectée est recouverte de poils ou de cheveux, il suffit de passer la main sur eux à distance de la peau, pour que celle-ci subisse une impression douloureuse.

Ces différents frottements non-seulement augmentent la douleur fixe, mais de plus ils déterminent souvent et immédiatement le retour de la douleur intermittente. Si, au lieu d'un frottement ou d'un simple contact, on exerce avec la main une *pression* considérable sur la partie douloureuse, on supprime la douleur fixe ; mais on n'empêche pas le retour de la douleur intermittente. Enfin nous devons ajouter que la dermalgie rhumatismale est exaspérée notablement pendant la nuit. Cette exaspération porte principalement sur la douleur intermittente.

Pendant toute la durée des douleurs, même les plus vives, la *peau* ne présente rien de remarquable sous le rapport de son épaisseur, de sa coloration et de sa chaleur. Quelquefois elle est sèche ; d'autres fois elle est recouverte de sueur (Beau).

Cette description a des traits nombreux de ressemblance avec celle que nous avons tracée de la névralgie ordinaire : c'est qu'en effet les observations ayant été fréquemment prises chez des sujets affectés de névralgie, on a dû nécessairement mettre sur le compte de la dermalgie des symptômes appartenant à l'affection douloureuse des nerfs. D'ailleurs Beau a dit lui-même que les deux douleurs spontanées, c'est-à-dire la douleur fixe et la douleur intermittente, peuvent exister séparément. Les cas dans lesquels la dernière de ces douleurs n'existe pas ne seraient-ils pas ceux qu'on peut rapporter seuls à la dermalgie telle que nous l'entendons ? Pour nous, dans les cas où la douleur de la peau nous a paru constituer à elle seule toute la maladie, il n'y avait pas d'élancements ; la douleur spontanée était généralement médiocre et consistait dans un simple agacement, et la douleur provoquée par le frottement était de beaucoup le symptôme le plus remarquable.

Beau a cité trois cas dans lesquels la douleur de la peau s'accompagne d'un *mouvement fébrile* assez marqué. Dans les cas de ce genre, le tégument est douloureux dans une assez grande étendue, et souvent même sur toute la surface du corps, comme cela avait lieu chez deux des sujets observés par Beau. Chez un troisième sujet, la peau des membres inférieurs était seule douloureuse. La fièvre, qui a existé chez ces malades, n'a pas duré plus de huit ou dix jours dans les cas où l'affection

s'est le plus prolongée. Nous avons vu, chez un jeune homme, de semblables douleurs se produire en même temps que la fièvre, qui annonçait l'invasion d'un mal de gorge de moyenne intensité.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *durée* de cette affection varie d'un jour à deux semaines. Sa *terminaison*, de même que son *début*, n'a guère lieu d'une manière instantanée ; la douleur se développe et se termine par gradation insensible. Beau a vu la maladie gagner de proche en proche comme l'*érysipèle ambulant*, et a noté la fréquence des *récidives*.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On ne saurait confondre la dermalgie avec une *névralgie* ordinaire, puisque celle-ci suit le trajet des nerfs, et qu'elle se trouve seulement sur un point de ce trajet. Dans les cas où la névralgie est très-bornée, à quelques points de la hanche, par exemple, on constate l'existence de ces points douloureux par la pression exercée avec l'extrémité du doigt, et l'absence de la douleur vive par la simple friction de la peau. Dans les cas fréquents où la dermalgie n'est qu'une dépendance de la névralgie, on trouve dans le trajet des nerfs les points douloureux indiqués plus haut, et de plus la douleur vive résultant de la simple friction de la peau dans une étendue limitée.

Il n'est pas nécessaire d'indiquer le diagnostic de la dermalgie et des *rhumatismes articulaire* et *musculaire ;* car il suffit, pour qu'aucune erreur ne soit à craindre, de se rappeler que la douleur, dans ces dernières affections, est exaspérée principalement par les mouvements, tandis que le mouvement ne cause aucune douleur dans la dermalgie.

Pronostic. — Le pronostic ne présente aucune gravité ; l'affection cède promptement à des moyens très-rapides, et très-souvent même elle disparaît spontanément ; mais elle est très-sujette à se reproduire.

§ VII. — Traitement.

Le traitement est très-simple. Dans le plus grand nombre des cas il suffit, pour faire disparaître la douleur, de l'application locale de la *chaleur*, de l'ingestion de *boissons chaudes*, de la *provocation de la sueur*. Dans un cas où la douleur était vive et circonscrite, Beau eut recours à l'application d'un *vésicatoire volant* sur le point douloureux, et le mal céda presque instantanément. Ce fait vient encore à l'appui de tout ce que nous avons dit dans les articles précédents sur l'efficacité des vésicatoires volants. Pour nous, nous avons toujours vu les douleurs de la peau se dissiper spontanément au bout de quelques jours, lorsqu'elles n'étaient pas un symptôme d'une névralgie occupant une plus ou moins grande étendue du nerf qui venait apporter la sensibilité au point malade. Dans les cas, au contraire, où la dermalgie n'était qu'une dépendance de la névralgie, nous avons appliqué fréquemment des vésicatoires volants sur le lieu même occupé par la douleur cutanée, qui a cédé promptement.

[*Prophylaxie.* — Les seules recommandations qu'on ait faites, sous le point de vue de la prophylaxie, sont de se soustraire à l'action du froid, et surtout du froid humide,

en se couvrant le corps de flanelle, en habitant une chambre bien sèche et bien chauffée. Mais, malgré ces précautions, il est rare qu'un individu sujet à cette affection n'en éprouve pas de temps en temps des atteintes.

ARTICLE V.

HYPERESTHÉSIE ET ANESTHÉSIE DES NERFS SENSITIFS DE LA VIE ORGANIQUE.

L'étude des troubles de l'appareil nerveux de la vie organique aurait pu trouver ici sa place ; mais nous avons pensé qu'il y avait intérêt à ne point séparer la description de ces névroses de celle des autres affections des organes splanchniques. Nous renvoyons donc au tome IV, pour ce qui concerne les gastralgies, les viscéralgies. L'*angine de poitrine* a été souvent décrite avec les troubles de l'appareil circulatoire. La théorie anglaise, dont Heberden fut le propagateur, et qui est fondée sur les lésions anatomiques, si souvent rencontrées dans l'aorte et dans les artères coronaires, justifie cette classification. Néanmoins il y a dans l'angine de poitrine un élément convulsif qui rapproche cette affection des névroses du mouvement. Nous avons cru, en conséquence, que l'angine de poitrine pouvait être décrite dans un chapitre annexé à celui des névroses.

1° NÉVRALGIE DES BRANCHES OCULAIRES ET ORBITAIRES DE LA CINQUIÈME PAIRE.

La branche ophthalmique de la cinquième paire fournit : 1° un rameau pour le front et la paupière supérieure ; 2° un rameau pour la glande lacrymale et la paupière supérieure ; 3° un rameau pour les paupières, les fosses nasales et le nez.

Cette variété de névralgie se rencontre assez fréquemment : elle est caractérisée par des douleurs plus ou moins vives dans les régions frontale et palpébrale.

§ I. — Causes.

Les causes sont celles des névralgies en général : l'exposition à un courant d'air froid, la chlorose, l'influence des miasmes des marais, la diathèse arthritique ou rhumatismale, la présence au sourcil ou dans les parties voisines de cicatrices ayant endommagé les filets nerveux, la présence de dépôts tuberculeux ou calcaires en contact avec les branches de ce nerf (1), la syphilis (2), l'iritis syphilitique, etc.

§ II. — Symptômes.

Dans cette variété de névralgie, la douleur est le plus souvent intermittente ; elle se manifeste une, deux fois dans les vingt-quatre heures et occupe la paupière supérieure, la partie moyenne du sourcil, la partie interne de l'arcade sourcilière : quelque fois la douleur s'étend à la joue, au globe de l'œil, aux dernières molaires, par suite des rapports de la branche ophthalmique avec les branches maxillaire supérieure et maxillaire inférieure de la cinquième paire. Dans les cas chroniques, au moment des crises, les sourcils sont contractés, les paupières fermées, l'angle de la bouche tiré vers l'oreille, les mâchoires serrées. La douleur est rémittente ou intermittente ;

(1) Hamilton, *Dublin Journ. of medical science*, mai 1843, p. 217. — Allan, *Monthly Journ. of med. science*, janv. 1852, p. 46.
(2) Zambaco, *Des affections nerveuses syphilitiques*. 1862, p. 130.

quand elle persiste longtemps et qu'elle est violente, elle peut déterminer le gonflement des parties, l'amaurose, la conjonctivite, la kératite, l'iritis, etc. Cette complication arrive surtout quand il existe quelques lésions organiques intra-crâniennes.

Si la névralgie est intense et dure depuis un certain temps, on peut observer des troubles gastriques et des symptômes fébriles. Cette névralgie a quelque ressemblance avec la *migraine;* cependant la confusion n'est guère possible. (Voy. MIGRAINE, p. 688.)

§ III. — Traitement.

La première indication consiste à calmer la douleur le plus promptement possible. On aura recours aux *fomentations chaudes* et narcotiques, aux fumigations, aux embrocations faites avec la décoction de têtes de pavot, de camomille.

C'est dans ces cas de névralgie que Hutchinson a employé avec le plus de succès le *sous-carbonate de fer*, médicament que Mackenzie prescrit dans les cas aigus et dans les cas chroniques, avec un succès presque constant dans les premiers. La dose usitée par ce médecin est fort élevée, 2 à 4 grammes (1/2 gros ou 1 gros), toutes les heures dans un verre d'eau ou bien dans de la mélasse pour combattre son effet constipant. Hutchinson (1) porta la dose jusqu'à 5^{gr},20 (4 scrupules), deux fois par jour.

Si le sous-carbonate de fer échoue, on prescrit le *sulfate de quinine* à la dose de 10 à 50 centigrammes deux fois par jour, plusieurs jours de suite.

Bailey (2), l'un des premiers, puis Mackenzie, etc., ont employé la *belladone* à l'intérieur et à l'extérieur, surtout dans les cas de névralgie arthritique. Bailey a élevé la dose jusqu'à 15 centigrammes d'extrait d'un seul coup. C'est un médicament fort employé par Bretonneau, Trousseau (3), etc.

On a aussi employé les *narcotiques*, l'opium associé au calomel, au camphre, l'acétate de morphine à la dose de 0^{gr},025 associé à 0^{gr},15 de camphre, répété toutes les quatre heures. Les opiacés ont aussi été employés par la méthode hypodermique.

Lawrence (4) avait une grande confiance dans la *ciguë* donnée à doses élevées et rapprochées; Fleming (5), dans la *teinture d'aconit*, à l'intérieur et en frictions. On a aussi employé l'extrait de semences de *stramonium*, des applications de *chloroforme*, des *révulsifs*, des *sangsues*, et enfin la *section* du nerf.

2° ANESTHÉSIE ET ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DE L'APPAREIL DE LA VISION A LA SUITE DES MALADIES DES NERFS DE LA CINQUIÈME PAIRE.

La section des branches sus et sous-orbitaires de la cinquième paire, les fortes contusions, la compression de ces mêmes branches par une tumeur intra-crânienne, tumeur scrofuleuse ou autre, dans le pont de Varole, par exemple, abolissent la sensibilité des parties auxquelles se rendent ces filets nerveux. S'il existe une

(1) Hutchinson, *Cases of neuralgia spasmodica, commonly called* tic douloureux, *successfully treated*. London, 1822.

(2) Bailey, *Observ. relative to the use of Belladonna in Painful as Disorders of the Head and Face*. London, 1818.

(3) Trousseau, *Clinique de l'Hôtel-Dieu*, t. II, NÉVRALGIE.

(4) Lawrence, *Lectures on Surgery* (*Medical Gazette*, vol. VI, 1830, p. 647).

(5) Fleming, *Inquiry into the properties of the Aconitum Napellus*, p. 23. London, 1845.

tumeur intracrânienne, « outre l'anesthésie de la peau et des paupières, de la conjonctive, de la membrane de Schneider et des autres parties auxquelles le nerf de la cinquième paire distribue la sensibilité générale, et la perte du goût dans le côté correspondant de la langue, la vision s'affaiblit ou se perd, la sécrétion lacrymale s'arrête, et l'on voit se développer une inflammation oculaire qui se termine par l'opacité, l'ulcération et la rupture de la cornée (1). »

Le *traitement* est le plus souvent insuffisant. S'il y a eu division des filets nerveux, il n'y a rien à faire qu'à attendre les effets de la nature ; s'il y a eu contusion, il est important d'appliquer des antiphlogistiques, des résolutifs, quelquefois des sangsues sur le siége du mal. Si l'on suppose l'existence d'une tumeur intracrânienne, on conseillera un traitement général, antiscrofuleux, anticancéreux, antisyphilitique, résolutif et fondant, les toniques, les altérants, la ciguë, le mercure, l'iodure de potassium à l'intérieur et à l'extérieur, des vésicatoires sur le front, à la tempe, etc.]

3° ANESTHÉSIE OU PARALYSIE DE LA CINQUIÈME PAIRE.

Cette maladie, étudiée par Serres, Magendie, Longet, etc., a pour cause ordinaire une *lésion organique* de la partie intracrânienne du nerf de la cinquième paire (déchirures, tumeurs, ramollissement), et alors la paralysie porte sur tous les points où le nerf va se distribuer. Dans les cas rapportés par Marchal (de Calvi), la sensibilité avait diminué dans un côté de la face après une névralgie intense, et cependant les sujets ne laissaient pas d'éprouver par moments des élancements névralgiques violents.

Quelquefois une seule partie de la face est paralysée ; la lésion porte alors sur une des branches. Corrigan (2) a cité un exemple remarquable de paralysie de la deuxième branche de la cinquième paire, survenue après une violente contusion de la tempe. Ch. Bell, cité par Jobert, de Lamballe (3), rapporte qu'un homme à qui l'on avait fait l'extraction d'une dent molaire de la mâchoire inférieure, ayant porté à la bouche un verre pour se gargariser, s'écria : *Vous m'avez donné un verre cassé*. Ce fait, ajoute Jobert, prouve que la maladresse avec laquelle l'opération avait été faite avait amené une modification telle dans les fonctions des nerfs, que l'insensibilité d'une partie de la lèvre en avait été la suite.

Le principal *symptôme* de la paralysie de la cinquième paire est la *paralysie du sentiment*. Suivant Jobert, qui regarde cette cinquième paire comme un nerf de sentiment et de mouvement à la fois, ces deux fonctions seraient altérées ; mais les autres observateurs ne partagent pas cette opinion, et tout porte à croire que, dans les cas observés par Jobert, la septième paire s'était trouvée consécutivement affectée, comme l'était la troisième dans les cas rapportés par Marchal (de Calvi).

La paralysie du sentiment est ordinairement précédée d'une *exaltation de la sensibilité*, et voici comment Jobert expose la succession des symptômes : « Dans tous les cas, dit-il (p. 689), où j'ai observé la cinquième paire comprimée par des tumeurs développées dans le crâne, sa sensibilité était exaltée jusqu'à ce que la

(1) Mackenzie, *Traité pratique des maladies de l'œil*, 4e édit., traduit de l'anglais par Warlomont et Testelin. Paris, 1858, t. II, p. 760.
(2) Corrigan, *Dublin Reports*, avril 1839.
(3) Jobert (de Lamballe), *Études sur le système nerveux*. Paris, 1838, t. II, p. 681.

compression devenant plus forte et l'inflammation ayant déposé ses produits dans l'épaisseur du nerf, au point d'en rendre les parties composantes incapables d'accomplir leurs fonctions, la *peau* et la *muqueuse de la bouche* devinssent tout à fait *insensibles* et perdissent la faculté de distinguer les variations de température et d'apprécier la forme des corps. C'est à cette époque que la *face* a perdu de son expression, que les *membranes présentent des phénomènes de ramollissement*, que la *cornée devient opaque*, et que l'*œil finit par se vider* ; que le *muscle buccinateur a perdu de son énergie* ; que les *muscles élévateurs de la mâchoire sont paralysés*, et qu'il y a *ouverture involontaire de la bouche*... »

Jobert ajoute : « Chez un homme qui avait succombé à une affection cérébrale, Serres trouva un *ramollissement de l'origine de la cinquième paire*, qui était devenue jaunâtre et gélatineuse. Chez ce malade, qui était épileptique, il y avait eu *ophthalmie*, *insensibilité de la conjonctive, de la narine et de la partie correspondante de la langue*. »

Parmi ces phénomènes, il en est, comme l'affaiblissement du buccinateur, qui sont dus à une complication.

Le *traitement* indiqué par les auteurs est le même que celui qu'on oppose à la *paralysie de la septième paire*. Nous renvoyons par conséquent à l'article consacré à cette dernière maladie, tout en faisant remarquer combien il serait utile qu'on ne s'en tînt pas à une semblable manière de voir ; car les deux paires de nerfs ayant des fonctions différentes, il est permis de supposer que, pour rétablir ces fonctions lorsqu'elles sont altérées, des moyens différents pourraient bien être exigés dans les divers cas.

CHAPITRE III.

NÉVROSES DE LA MOTILITÉ.

[De même que pour les névroses de la sensibilité, nous retrouverons encore des troubles avec exaltation (*hypercinèses*, ὑπὲρ κίνησις, mouvement), avec abolition ou perversion (*acinèses*, α priv.). Ces désordres constituent deux classes distinctes : dans la première nous rangerons les *convulsions*, les *contractures*, les *spasmes* ; dans la seconde, les *paralysies partielles* ou *générales*.

A. *Première classe.* — Les caractères principaux de ce groupe sont : 1° l'état de trouble, de contraction morbide des muscles de la vie de relation, la *convulsion* proprement dite ; 2° le *spasme*, convulsion des muscles de la vie végétative. Cette distinction qui repose sur une base physiologique serait insuffisante, si nous n'ajoutions pas d'autres caractères tirés de la durée même de la convulsion, des influences étiologiques sous lesquelles elle s'est produite.

Les convulsions sont dites *toniques*, quand la roideur musculaire dure un temps assez long ; c'est, en d'autres termes, la contracture, le tonisme : le *tétanos* en est le type. Les convulsions sont dites *cloniques*, quand se succèdent de rapides alternatives de contraction et de relâchement, comme dans la chorée.

Leur étendue permet de les distinguer en partielles ou générales ; elles sont dites encore externes ou internes. Le nom de spasmes est plus spécialement réservé aux

convulsions internes; la forme tonique y est beaucoup plus commune que la forme clonique; ces dernières, quand elles envahissent des organes dont le jeu est essentiel à la vie, tels que le larynx, le diaphragme, ou le cœur, peuvent entraîner rapidement la mort (1).

Nous n'avons pas, dans ce chapitre, à nous occuper des convulsions symptomatiques, leur description se rattache à l'étude des affections auxquelles elles sont liées; les convulsions dites idiopathiques seront seules décrites; nous passerons successivement en revue : les *contractures idiopathiques*, les *crampes ordinaires* et la *crampe des écrivains*, les *convulsions idiopathiques de la face*, le *tremblement nerveux*, le *tétanos*, l'*hydrophobie non rabique*. Nous avons réservé un chapitre spécial aux névroses complexes, où l'intelligence, la sensibilité, la motilité sont troublées à la fois; celui-ci est exclusivement consacré à des désordres qui, pour être rarement isolés, n'ont pas cependant le caractère de généralisation des précédents, et n'en offrent ni la mobilité, ni les aspects divers. A ce titre, ces névroses partielles du mouvement méritent une place à part.

B. *Deuxième classe.* — De même que pour les convulsions, nous n'aurons à faire connaître dans ce chapitre que les paralysies idiopathiques et sympathiques, les autres ayant trouvé leur place dans la description générale des lésions de l'encéphale. Elles peuvent être partielles ou générales; toutefois, nous devons dire que la distinction n'est pas toujours aussi nette, aussi tranchée, que semblerait le faire croire la division que nous adoptons. La paralysie générale proprement dite, avec ou sans aliénation mentale, relève jusqu'à un certain point de la classe des paralysies symptomatiques. Mais elle forme une espèce morbide si distincte (2) avec des troubles si constants et si nets de l'intelligence, du mouvement volontaire et de la sensibilité, que nous ne pouvions la placer ailleurs que parmi les névroses. Cette seconde partie du chapitre sera consacrée à la *paralysie de la troisième*, de la *sixième paire*; la *paralysie de la paupière*, celle du *muscle dentelé*, la *paralysie de la septième paire*, la *paralysie essentielle chez les enfants*, et la *paralysie générale*. Enfin l'*apoplexie nerveuse* et la *paralysie nerveuse* compléteront cet ensemble.

ARTICLE PREMIER.

CONTRACTION IDIOPATHIQUE.

La contraction idiopathique est une névrose convulsive de l'enfance qu'on observe quelquefois chez l'adulte.]

Les auteurs récents ont donné à cette affection le nom de *contracture des extrémités*, parce que les extrémités sont les points dans lesquels se montre constamment cette contracture; mais on va voir par la description suivante que là ne se borne pas toujours ce symptôme. D'autres parties, les muscles des mâchoires et du tronc, peuvent participer à ce trouble de la motilité; cette affection n'est pas une maladie locale. Il est donc préférable de la désigner sous le nom de *contracture idiopathique*, déjà employée par Tessier et Hermel.

(1) Monneret, *Traité de pathol. gén.* Paris, 1857, t. I, p. 463 et suiv.

(2) Parchappe, *De la folie paralytique et du rapport de l'atrophie du cerveau à la dégradation de l'intelligence dans la folie*. Paris, 1859. — Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, Paris, 1859. Voy. Bibliographie de l'art. PARALYSIE GÉNÉRALE.

[Elle a été décrite pour la première fois chez l'adulte par Dance (1), sous le nom de *tétanos intermittent*. A ce mémoire succédèrent ceux de Tonnellé (2), Constant (3), Murdoch (4), de la Berge (5). Tessier et Hermel ont rapporté plusieurs cas qu'ils ont observés à l'Hôtel-Dieu (6). A la même époque Trousseau en recueillait des observations dans son service de l'hôpital Necker et en fit l'objet de leçons cliniques. Signalons à cette occasion les pages excellentes qu'il lui a consacrées depuis dans son livre (7), auquel nous ferons quelques emprunts. Delpech résuma avec talent les travaux antérieurs, et ajouta des faits nouveaux à ceux jusque-là connus (8). Quelques mois auparavant, Imbert-Gourbeyre prenait cette affection pour sujet de dissertation inaugurale (9). En 1852, Lucien Corvisart, reprenant le même sujet, proposait de remplacer le nom de *contracture des extrémités* par celui de *tétanie* (10). En 1855, à l'occasion d'une épidémie qui a sévi également sur l'âge adulte et sur les enfants à Paris, des communications faites par Aran et par Barthez à la Société médicale des hôpitaux de Paris devinrent le point de départ d'une intéressante discussion. Plus récemment, Rabaud exposait dans une thèse (11) le résultat de ses recherches, et tombait dans une regrettable confusion en comprenant sous un même titre toutes les espèces de contractures.

Il nous reste à signaler les ouvrages spéciaux de Rilliet et Barthez, Bouchut (12), Barrier, dans lesquels la contracture idiopathique a sa place.]

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Ce qui caractérise particulièrement la contracture idiopathique, c'est la flexion involontaire des doigts et des orteils. Elle est primitive, sympathique ou symptomatique. La dernière espèce ne doit être mentionnée qu'à l'occasion des maladies dans lesquelles elle survient, et des deux autres, c'est la première qui doit nous occuper.

(1) Dance, *Observations sur une espèce de tétanos intermittent* (*Archives générales de médecine*. 1831).

(2) Tonnellé, *Mémoire sur une nouvelle maladie convulsive des enfants* (*Gazette médicale de Paris*, t. III, n° 1, 1832).

(3) Constant, *Observations et réflexions sur les contractures essentielles* (*Gazette médicale de Paris*, 1832, p. 80; *Bulletin de thérapeutique*, 1835).

(4) Murdoch, *Considérations sur les rétractions musculaires et spasmodiques* (*Journal hebdomadaire*, t. VII, 1832, p. 417).

(5) De la Berge, *Note sur certaines rétractions musculaires de courte durée, etc.* (*Journal hebdomadaire des progrès, etc.*, t. IV, 1835).

(6) Tessier et Hermel, *De la contracture et de la paralysie idiopathique chez l'adulte*, mai et juin 1843.

(7) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, t. II, p. 144.

(8) Delpech, *Mémoire sur les spasmes musculaires idiopathiques et sur la paralysie nerveuse essentielle*, thèse. Paris, 1846.

(9) Imbert-Gourbeyre, *Contracture des extrémités*, thèse de doctorat, 7 février 1844. — *Recherches pour servir à l'histoire de la contracture des extrémités*. Paris, 1862.

(10) Lucien Corvisart, *De la contracture des extrémités, ou tétanie*, thèse de doctorat en médecine. Paris, 11 août 1852, n° 223.

(11) Rabaud, *Recherches sur l'historique et les causes des contractures des extrémités*, thèse de doctorat. Paris, 1857.

(12) Bouchut, *Traité pratique des maladies des nouveau-nés, des enfants à la mamelle et de la seconde enfance*. Paris, 1862, p. 106.

Les différents noms sous lesquels est connue cette maladie sont les suivants : *tétanos intermittent* (Dance), *spasmes musculaires idiopathiques* (Delpech), *tétanie* (Luc. Corvisart, Trousseau), *contracture des extrémités*, *contracture idiopathique*.

La contracture des extrémités n'est pas une maladie très-fréquente, néanmoins on l'observe beaucoup plus fréquemment aujourd'hui que dans les années précédentes, peut-être parce qu'on la reconnaît mieux. On a noté des épidémies de contracture. En 1842, en 1843 et en 1855, un nombre assez considérable de cas de ce genre fut observé à Paris, et en 1846 une véritable épidémie de contracture semble avoir régné en Belgique.

Siége. — La contracture occupe le plus souvent les membres supérieurs ; elle occupe moins souvent les membres inférieurs. On a remarqué que généralement les deux membres symétriques étaient pris en même temps. Cependant il existe des cas où un seul membre est atteint, et d'autres, plus rares, où la contracture occupe une moitié latérale du corps. Les muscles qui sont le siége de la contracture sont-ils seulement les fléchisseurs ou les extenseurs? Le plus souvent les membres sont dans une flexion forcée, ce qui tient à la force prédominante des fléchisseurs ; mais les extenseurs sont en même temps contractés, et l'on éprouve une résistance marquée à faire exécuter au membre des mouvements artificiels.

§ II. — Causes.

Age. — Les observations recueillies jusqu'à ce jour montrent que la contracture est plus fréquente chez les enfants, principalement de 1 à 3 ans. La statistique de Lucien Corvisart montre que cette maladie peut s'observer dans l'âge adulte et même dans la seconde moitié de la vie. Cet auteur a noté 16 cas de 17 à 21 ans, 1 à 36 ans, 1 à 46 ans, 2 à 48 ans, 1 à 52 ans, 1 à 60 ans.

Sexe. — Le sexe ne paraît pas avoir d'influence marquée sur la production de la maladie, si ce n'est dans les conditions de la paupéralité (Trousseau, Delpech).

On a cherché à expliquer la maladie par des influences professionnelles, mais on n'est arrivé à cet égard à aucune notion précise. L'influence des saisons a été également invoquée, et principalement celle du froid, d'autant plus que pour quelques auteurs la maladie se rattache de près ou de loin au rhumatisme. On a, en effet, observé plus souvent cette maladie dans la saison froide. Néanmoins les faits manquent pour établir nettement l'influence de cette cause.

On a remarqué que la contracture se montrait assez fréquemment dans la convalescence des fièvres ou des phlegmasies, et principalement à la suite de la fièvre typhoïde.

§ III. — Symptômes.

Le *début* est ordinairement graduel ; quelquefois on a vu la maladie survenir brusquement. Ordinairement des *prodromes* précèdent les symptômes caractéristiques ; ce sont les phénomènes suivants : malaise, brisement des membres, courbature, céphalalgie, vertiges.

La *contracture* n'est pas ordinairement le premier symptôme qui annonce le trouble de la motilité, soit que l'on considère la maladie en général, soit qu'on ne

considère que les accès qu'elle présente. On trouve, en effet, d'abord de l'engourdissement et de la gêne dans les mouvements, une tension douloureuse; puis vient la roideur, la contracture qui s'empare principalement des doigts et des orteils, et qui gagne le reste des membres.

[« Aux extrémités supérieures, dit Trousseau, le pouce est énergiquement entraîné dans l'adduction forcée; les doigts, serrés les uns contre les autres, se fléchissent à demi sur lui, le mouvement de flexion ne s'opérant ordinairement que dans l'articulation métacarpo-phalangienne; la main, dont la paume se creuse par le rapprochement de ses deux bords externe et interne, affecte alors la forme d'un cône, ou celle que prend la main de l'accoucheur lorsqu'il veut l'introduire dans le vagin. » Cette forme est caractéristique. Dans quelques cas plus rares, il y a flexion telle des doigts, que les ongles s'impriment sur la peau et vont jusqu'à y produire des eschares (Hérard).

« *Aux membres inférieurs*, les orteils se fléchissent sous la plante des pieds, en se resserrant les uns contre les autres, le pouce se portant au-dessous d'eux, la face plantaire se creusant d'une manière analogue à la main, tandis que la face dorsale se cambre vigoureusement; le talon est tiré en haut par la contraction des muscles postérieurs de la jambe, celle-ci est étendue sur la cuisse et la cuisse sur le bassin (1). »]

La pression circulaire, exercée sur le membre affecté, cause de la douleur et augmente la contracture. Ce fait a été signalé par Trousseau (1). Ce professeur a montré, en outre, que la pression circulaire pouvait ramener le membre à l'état de contracture et provoquer l'accès. L'explication physiologique la plus satisfaisante est que la pression arrête et condense le sang noir, qui est excitateur des muscles. Quoi qu'il en soit, le fait est digne d'intérêt et mérite d'être étudié.

Les muscles des membres ainsi contracturés sont durs, et leurs tendons son saillants. Dans un cas, nous avons observé un *tremblement* marqué des membres supérieurs, principalement dans les moments d'exacerbation de la maladie. Ce symptôme n'a généralement pas été signalé.

Ce n'est pas seulement sur les muscles des membres que porte la rigidité. C'est ainsi que, chez quelques-uns des malades observés par Dance, on nota le *trismus*, la contracture des muscles abdominaux, et, dans un cas, une roideur des muscles postérieurs du tronc, semblable à l'*opisthotonos*. Chez ce sujet il y avait en même temps des secousses convulsives, comme dans le véritable tétanos.

Rilliet et Barthez ont vu plusieurs fois des *convulsions* survenir chez les enfants, trois ou quatre jours après que s'était montrée la contracture.

On a observé, en même temps que ces troubles de la motilité, une obtusion remarquable de la *sensibilité* occupant les parties malades, mais jamais d'insensibilité complète.

Il est rare que les membres occupés par la contracture présentent quelque altération apparente; cependant on a cité quelques cas dans lesquels on a observé de la *rougeur* et un peu d'*œdème* au niveau des articulations.

La *céphalalgie* et les *vertiges*, que nous avons signalés parmi les prodromes,

(1) Trousseau, *op. cit.*, p. 149, 150.
(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., t. II, art. TÉTANIE.

continuent quelquefois pendant le cours de la maladie, mais ce n'est pas le cas le plus fréquent. On n'observe pas de délire; mais, dans certains cas, il existe une espèce de *stupeur*, lorsque la maladie est violente, et surtout pendant les accès.

Quand la maladie reste bornée aux extrémités, il n'y a pas de symptômes généraux bien remarquables; mais si, comme dans plusieurs cas rapportés par Dance, l'affection est plus générale, on voit, principalement au moment des accès, survenir une grande *anxiété*, une gêne marquée de la respiration, son accélération, et de la suffocation. L'anxiété et les douleurs sont quelquefois telles, que les malades poussent des gémissements et parfois des cris.

La *face* est généralement pâle ou naturelle; mais au moment des accès, lorsqu'ils sont violents, elle se colore vivement par intervalles, ce qui annonce l'apparition des douleurs.

La *peau*, naturelle ou légèrement humide, se couvre de sueur à la fin des accès violents.

Du côté des *voies digestives*, on n'observe guère qu'une diminution plus ou moins marquée de l'appétit.

Il n'est pas ordinaire d'observer de la fièvre lorsque la contracture est un peu étendue; dans les cas où elle est généralisée, on constate un mouvement fébrile quelquefois porté au point que le *pouls* a une fréquence démesurée, selon l'expression de Dance, ce qui portait ce médecin à donner à la maladie le nom de *fièvre intermittente tétanique*, et à la ranger parmi les fièvres pernicieuses. Cette manière de voir n'est pas fondée sur les faits les plus ordinaires.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Tous les auteurs, et principalement Dance et Imbert-Gourbeyre, ont insisté sur l'existence des *accès* qui donnent à la maladie le caractère *intermittent*. Dans les cas observés par Dance, les malades avaient éprouvé, un temps plus ou moins long avant leur entrée à l'hôpital (deux, trois et même quatre mois), plusieurs atteintes légères du mal. « C'était, dit cet auteur, des accès faibles et de courte durée, n'ayant rien de fixe dans leur apparition, caractérisés par des roideurs qui s'emparaient momentanément des membres, et cessaient ensuite spontanément dans ces parties. Mais, par la suite, ces accès ont été en redoublant d'intensité, affectant un type plus régulier (quotidien dans un cas, tierce dans un second, simplement rémittent dans les autres), s'accompagnant en outre de symptômes fébriles analogues à ceux d'une fièvre intermittente, si l'on en excepte toutefois le stade du frisson, qui était en général peu ou point du tout marqué. » Cette intermitence mérite grande considération, car nous verrons, à l'article du *traitement*, que, dans un cas observé par Tessier, on a tiré de cette circonstance une indication utile.

Il est rare que la maladie ne se compose que d'un seul accès; il est plus ordinaire d'en observer quatre ou cinq dans un espace variable, le plus habituellement en quinze jours. L'accès même dure quelques minutes, quelques heures, quelquefois un ou deux jours. On a observé quelques cas dans lesquels les accès étaient innombrables, indéfinis, duraient à peine; dans ces cas l'affection avait une durée assez longue.

La *durée* de l'affection peut être longue ; dans les cas cités par Dance, il faut faire remonter son début aux premiers accès passagers ; dans beaucoup de cas, elle est plus courte, mais il est rare qu'elle ne dure pas un certain nombre de jours.

La *terminaison* est ordinairement heureuse, et l'on voit les cas en apparence les plus graves se terminer par la guérison, sans qu'on emploie de médication active, ainsi que le fait observer Dance ; mais on en a cité quelques-uns qui se sont terminés par la mort, ainsi qu'on va le voir.

§ V. — Lésions anatomiques.

On n'a pas trouvé de lésions anatomiques qui se montrent d'une manière constante dans l'affection qui nous occupe. Dans un cas, Grisolle a vu un ramollissement de la moelle ; dans un autre, Imbert-Gourbeyre a reconnu une injection et même des ecchymoses de la surface convexe du cerveau, un ramollissement du renflement brachial de la moelle, un teinte rosée de la queue de cheval ; mais ces lésions sont trop peu constantes pour qu'on les considère comme essentielles, et, jusqu'à nouvel ordre, on doit, avec la majorité des auteurs, regarder la maladie comme due à un trouble fonctionnel.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

La contracture idiopathique se distingue du *tétanos*, dans les cas les plus violents, par son intermittence si remarquable ; lorsque l'affection n'occupe que les extrémités, la confusion n'est pas possible. On a pensé qu'on pourrait la prendre pour l'*ergotisme convulsif* décrit par les auteurs allemands ; mais la multiplicité des symptômes, leur violence extrême, et le génie épidémique qu'on observe dans cette dernière, suffisent pour prévenir l'erreur. Quant à l'*acrodynie*, elle n'a pas pour symptôme ordinaire la contracture des extrémités, ce qui est un signe diagnostique suffisant.

Pronostic. — La maladie est en général peu grave. La mort est ordinairement causée par des complications de natures diverses. Cependant il est des cas de mort où la maladie n'était pas compliquée. On n'a pas signalé de phénomène particulier, sauf peut-être les convulsions chez les enfants, qui indiquent une plus grande intensité de l'affection.

§ VII. — Traitement.

L'emploi des *émissions sanguines* a été tenté contre la contracture idiopathique ; mais dans les deux cas cités par Dance, où elles ont été mises en usage, elles ont été inutiles (1). Cependant la saignée est préconisée par plusieurs auteurs [et notamment par Trousseau].

Le plus souvent on se contente de quelques calmants (*opium*, *belladone*, etc.). Relativement à l'opium, Grisolle fait observer qu'on ne l'a peut-être pas porté à une dose assez élevée, car il est rare qu'on en ait donné plus de 15 centigrammes dans les vingt-quatre heures aux adultes. L'opium à haute dose est un moyen à tenter.

(1) Dance, *loc. cit.*, p. 204.

Les *antispasmodiques* sont surtout conseillés par Rilliet et Barthez, qui recommandent les frictions avec l'*éther*, la *teinture éthérée de digitale*, l'*huile camphrée.* Contrairement à leur habitude, ces auteurs n'invoquent pas, pour démontrer l'efficacité de cette médication, l'autorité des faits. Les antispasmodiques ont été aussi administrés *à l'intérieur*, et les auteurs précités recommandent en particulier l'*oxyde de zinc uni à la jusquiame*, comme dans les cas de névralgies ; mais les réflexions précédentes s'appliquent à l'emploi de ce médicament.

Martin-Solon (1) a employé avec succès le *chloroforme* à l'extérieur, contre une contracture musculaire qu'il regardait comme *rhumatismale ;* il faisait pratiquer trois fois par jour des onctions sur les parties contracturées avec le liniment suivant :

℞ Chloroforme..........................	aa parties égales.
Huile d'amandes douces.....	

On a conseillé les *ferrugineux* et un *bon régime* (Constant) dans les cas où la constitution est débile. Les *toniques*, et en particulier le *quinquina*, paraissent devoir être utiles en pareille circonstance.

Dans un cas rapporté par Dance, les *bains généraux* ont paru avantageux. C'est encore une médication à expérimenter, et l'on devra essayer les *bains prolongés.*

Dans les cas observés par Tessier et Hermel, les *vomitifs* paraissent avoir eu des avantages plus marqués que les autres remèdes. Ces auteurs conseillent d'administrer à plusieurs reprises le mélange suivant :

℞ Tartre stibié......... 1 centigram. | Ipécacuanha................ 2 gram.

A prendre en une fois.

Enfin les mêmes observateurs ont cité un cas dans lequel l'affection présentait des accès mal caractérisés de fièvre quotidienne, et qui céda promptement au *sulfate de quinine.* Il est surprenant que la marche de la maladie, sur laquelle ont tant insisté plusieurs des auteurs précédemment cités, n'ait pas engagé les médecins à user plus fréquemment de ce moyen. Sandras (2) a observé un cas dans lequel le *sulfate de quinine*, à la dose d'un gramme, a eu un effet calmant très-évident.

Rappelons que, dans les cas en apparence graves, les sujets ont guéri sans être soumis à aucune médication active.

ARTICLE II.

CRAMPES ORDINAIRES ET CRAMPE DES ÉCRIVAINS.

1° **Crampes ordinaires.** — On sait que certaines personnes sont sujettes à des crampes qui surviennent principalement dans la nuit, et qui occupent les muscles des mollets ou des pieds. Lorsque ce phénomène ne se produit que de loin en loin, il ne constitue qu'un léger accident, et ne peut être considéré comme une maladie ; mais, chez certains sujets, les crampes se renouvellent toutes les nuits à

(1) Martin Solon, *Emploi du chloroforme en frictions contre la contracture musculaire* (*Bulletin général de thérapeutique*, juillet 1849).

(2) Sandras, *Bons effets du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement des contractures* (*Union médicale*, 27 octobre 1849).

des reprises plus ou moins nombreuses; elles sont très-douloureuses et troublent le sommeil. Cet état est des plus pénibles, et réclame les soins du médecin.

Nous ne chercherons pas les causes de cette affection; elles n'ont pas été suffisamment étudiées. Quant aux symptômes, au contraire, tout le monde les connaît.

Bardsley, de Manchester (1), a trouvé un moyen bien simple d'empêcher la reproduction des crampes qui se manifestent avec tant de violence chez quelques personnes quand elles sont couchées (2). Bardsley a été, pendant plusieurs années, tourmenté presque toutes les nuits par des crampes contre lesquelles il a inutilement employé tous les moyens usités en pareil cas. Il fut enfin frappé d'un fait qui avait longtemps échappé à son attention ; c'est que, lorsqu'il dormait dans son fauteuil, les extrémités inférieures ne touchant pas au sol, mais suspendues de manière à former un plan incliné avec le reste du corps, jamais les crampes ne venaient le troubler dans cette position. L'auteur ayant questionné plusieurs personnes, comme lui sujettes aux crampes, trouva qu'elles étaient précisément dans le même cas. Il fit donc préparer un lit en plan incliné. Dans ce but, on retrancha 12 pouces des pieds inférieurs du lit, de manière à faire incliner celui-ci de 12 pouces à partir de la tête aux pieds. Cette méthode réussit parfaitement, ce qui fut d'ailleurs démontré par la contre-épreuve suivante. Sept jours après avoir joui du bénéfice de ce nouveau plan, l'auteur, peu de temps après s'être couché, fut pris de crampes atroces qui mirent toute sa famille en alarme; le lendemain matin, il s'aperçut que son lit avait été refait d'après la méthode ordinaire par une nouvelle servante qui n'avait pas été prévenue de la manière dont il fallait le faire.

Bardsley a également fait une expérience qui lui a démontré que ce n'était pas à un régime trop succulent qu'il devait attribuer ses crampes. Un jour qu'il avait mangé très-légèrement, il essaya de se coucher en position horizontale; il ne tarda pas à s'éveiller avec des crampes si violentes, qu'il lui fallait deux personnes pour lui maintenir les jambes et les cuisses pendant qu'on faisait des frictions stimulantes. L'auteur croit néanmoins que les crampes tiennent à un état maladif des voies digestives, et que si une abstinence complète des plaisirs de la table n'est pas de rigueur, il importe cependant de ne pas trop s'y livrer, si l'on veut que les nuits ne soient pas traversées par les douloureux accès auxquels on est sujet.

2° **Crampe des écrivains.** — Nous ne dirons que quelques mots de cette singulière affection dont les chirurgiens se sont occupés plus spécialement que les médecins. Ce n'est que depuis un petit nombre d'années que les observateurs en ont signalé des cas remarquables; les plus connus sont ceux qui ont été publiés par les docteurs Albers, Heyfelder, Kopp, J. J. Cazenave, David, Stromeyer, Langenbeck et Duchenne (de Boulogne) qui a repris récemment la description de cette affection sous la dénomination nouvelle de *spasme fonctionnel* ou *paralysie musculaire fonctionnelle* (3).

Cette affection consiste dans l'impossibilité d'écrire, par suite de contractions particulières des muscles fléchisseurs, ou plus rarement des extenseurs des doigts, quoique, en général, la main exécute facilement tous les mouvements quand il s'agit d'un autre acte.

(1) Bardsley (de Manchester), *London medical Gazette*, mai 1847.

(2) Bardsley (de Manchester), *Simple remède contre les crampes d s extrémités inférieures* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1er mars 1848, p. 115).

(3) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 2e édit., p. 928 et suiv.

La seule *cause* que l'on ait reconnue à cette maladie est l'action d'écrire avec continuité pendant un temps assez long.

Début. — Comme l'affection précédente, celle qui nous occupe commence ordinairement par des accès éloignés et de courte durée, jusqu'à ce qu'enfin la crampe se manifeste toutes les fois que le sujet veut écrire.

Les *symptômes* de la maladie ne sont pas les mêmes dans tous les cas. Ainsi parfois il y a une simple flexion involontaire du pouce, lorsque le malade veut faire courir la plume sur le papier : celle-ci est mal tenue, et si le mal est poussé très-loin, l'écriture est tout à fait illisible. D'autres fois (1) l'index s'éloigne de la plume, qui ne peut être maintenue ; quelquefois aussi la contraction du pouce est subite, et la plume est projetée au loin (2). Dans un cas, le pouce, l'index et le médius se fléchissaient, et ce n'est qu'après cette flexion que le malade pouvait écrire avec quelque facilité.

Les mouvements de la main, pour les autres actes, sont, au contraire, réguliers et faciles ; il y a néanmoins quelques exceptions à cette règle, car chez un des sujets observés par Stromeyer, le pouce était entraîné vers la paume de la main toutes les fois que le malade voulait toucher du piano.

Lorsque les sujets affectés veulent continuer à écrire malgré cet empêchement, il en résulte des efforts considérables des doigts et une grande fatigue, principalement dans le pouce.

Un très-grand nombre de *traitements* ont été dirigés contre cette affection. On lui a opposé les *frictions irritantes*, les *affusions froides*, les *vésicatoires*, les *sétons*, la *morphine*, la *strychnine par la méthode endermique*, la *belladone*, l'*acupuncture*, l'*électro-puncture*, les *douches médicamenteuses*, etc. Jamais ces moyens n'ont procuré de véritables succès.

[Duchenne (de Boulogne) déclare que cette affection résiste aussi à la thérapeutique faradique, quel qu'en soit le mode d'administration (3).]

Sandras (4) a fait connaître un cas qui lui a été communiqué par Lenfant, et dans lequel il a conseillé les saignées, les émollients, les ferrugineux, les narcotiques, les vésicatoires. Mais nous n'avons pas appris que ce traitement ait eu du succès.

Enfin on a plusieurs fois pratiqué la *ténotomie*. Dans un des cas observés par Stromeyer, la *section du muscle long fléchisseur du pouce* fut pratiquée ; immédiatement la sensibilité de tout le pouce diminua sensiblement ; elle avait repris dès le lendemain toute son intégrité sur la face dorsale, mais la face palmaire resta insensible pendant quatorze jours, après lesquels la sensibilité y reparut. Le quinzième jour la guérison était complète.

Ce cas est le seul de tous ceux que nous connaissons dans lequel le succès a été complet. Langenbeck ne produisit qu'une diminution de la maladie par la section de l'extenseur propre de l'index et du tendon de l'extenseur commun ; et dans les autres cas opérés par Dieffenbach et d'autres chirurgiens, on n'obtint aucun avan-

(1) Langenbeck, *Allgem. Zeitung*, 1841.
(2) Stromeyer, *Bayerisch. med. Corresp.*, 1840.
(3) Duchenne (de Boulogne), *L'électrisation localisée*, p. 937.
(4) S. Sandras, *Crampe des écrivains* (*Journ. des conn. médico-chirurg.*, 1848, p. 103, et *Bulletin général de thérapeutique*, 1848).

tage de l'opération. C'est à l'observation ultérieure à nous faire connaître dans quels cas on peut le plus espérer de la ténotomie, et l'étude attentive des phénomènes apprendra aux praticiens quels sont, dans les diverses circonstances, les tendons dont on doit opérer la section.

Dans sept cas rassemblés par Cazenave, de Bordeaux (1), ce médecin a vu que la section des muscles opérée par Stromeyer, un cautère placé par le docteur Albert à égale distance de l'acromion et de la septième vertèbre cervicale, un serre-bras deltoïdien, sont des moyens qui ont procuré une amélioration momentanée, mais non une guérison complète. De telle sorte qu'il convient de les remplacer par l'emploi d'*appareils prothétiques*, dont voici la description :

Porte-plume de J. J. Cazenave. — Il consiste en un porte-plume armé de deux vis de pression et en deux cercles de caoutchouc pourvus chacun d'une vis de rappel. Cet appareil ainsi composé s'adapte parfaitement et sans gêne aux trois premiers doigts de la main droite, qu'il contraint à tenir la plume. Comme les liens sont élastiques, et qu'on peut les serrer et les desserrer à volonté en recourant au mécanisme si simple des vis de rappel dont ils sont pourvus, on peut écrire ayant les doigts ainsi fixés, mais d'une tout autre façon que dans les conditions ordinaires. Les mouvements très-rapides de flexion ou d'extension n'étant pas possibles, force est d'écrire par des mouvements d'avance et de recul, qui s'opèrent dans l'articulation radio-carpienne. Cinq ou six leçons et un peu d'application suffisent pour bien apprendre cette manœuvre.

[Un malade, dont J. J. Cazenave a publié l'observation, avait été conduit à tenir sa plume entre l'index et le médius. Cet exercice, qui met en jeu les muscles interosseux et lombricaux, ne saurait être continué longtemps sans danger de voir ces muscles affectés de crampes à leur tour. On préviendra cet accident en *fixant la plume à deux anneaux*, ainsi que le montre la figure 1 ci-dessous. Dans ce modèle, M. Mathieu a placé en D une vis sans fin qui permet d'imprimer au porte-plume le degré d'inclinaison nécessaire.

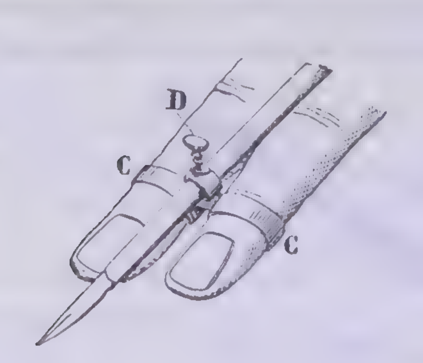


Fig. 1. — Plume fixée à deux anneaux.

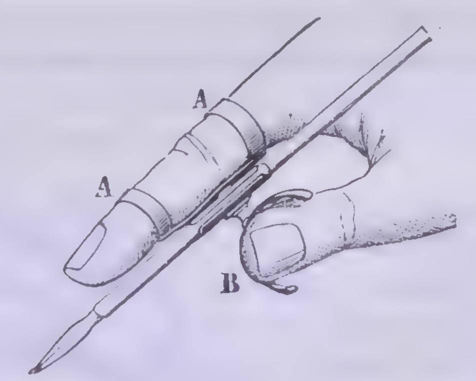


Fig. 2. — Appareil composé de deux anneaux brisés qui fixent en même temps la deuxième et la troisième phalange de l'index, et muni d'un croissant qui fixe le pouce.

J. J. Cazenave remplace les anneaux par deux dés et fait souder le porte-plume à

(1) J. J. Cazenave, *De quelques infirmités de la main qui s'opposent à ce que les malades puissent écrire*. Paris, 1846, in-8, fig.

la partie supérieure du dé qui coiffe l'extrémité de l'index. Quelquefois il réduit l'appareil à ce dernier dé, et l'instrument, pouvant rouler sur le doigt comme autour d'un axe, permet à la plume de venir se placer, ou à la partie interne, ou à la partie inférieure. Avec ce modèle le pouce n'est pas maintenu. Voici un petit appareil construit par Mathieu (fig. 2), qui fournit un point d'appui solide à ce doigt, B; le porte-plume est tenu parallèlement à l'axe du doigt indicateur, auquel il est fixé par deux anneaux A, A.

Les moyens d'immobiliser les doigts qui tiennent la plume ne sont pas toujours les mêmes; voici (fig. 3) le dessin de l'instrument que recommande J. J. Cazenave.

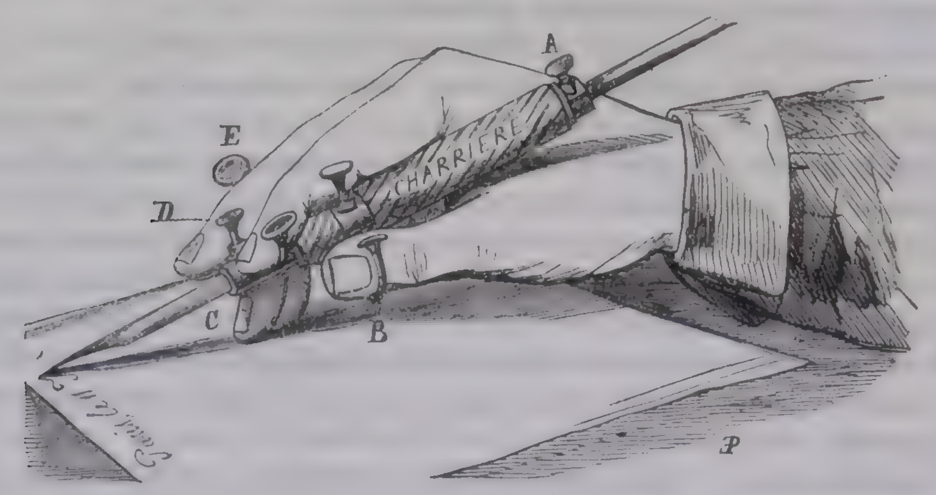


Fig. 3. — A, D, vis de pression fixant la plume dans le porte-plume. — B, C, E, branches métalliques ou supports du pouce, de l'index et du médius.

Le nombre et la disposition des crochets sur lesquels repose l'extrémité des doigts doivent varier dans chaque cas; aussi les porte-plume sont construits en vue de l'attitude de la main particulière au malade. Cet instrument pèche par son manque de volume; plus ils sont gros, mieux les malades écrivent, c'est là un fait général.

De tous ces nombreux modèles, le plus simple et le moins dispendieux est un cône de bois arrondi ou à pans coupés (fig. 4), dont le volume sera indiqué par le

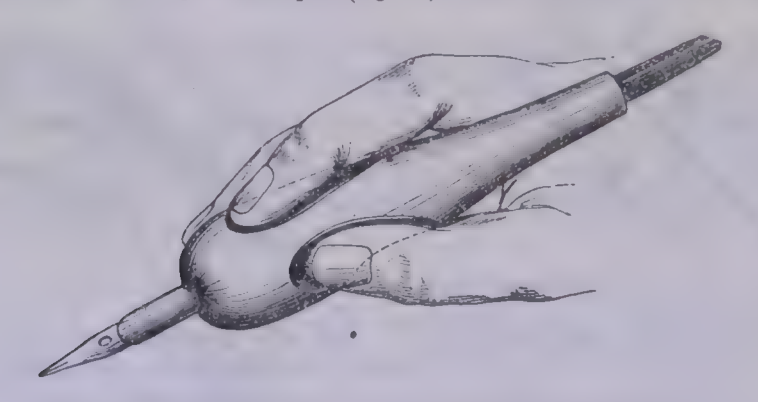


Fig. 4. — Cône de bois entouré d'une couche de cire à modeler.

malade. Rien n'est plus facile que d'immobiliser les doigts, il suffit de creuser des cavités. Le point qui semble le plus épineux est d'indiquer la place que doit occuper l'extrémité de chacun des doigts. On entoure la tige d'une couche de cire à modeler; le malade la saisit en prenant le soin de donner à ses doigts l'attitude qui

prévient le plus efficacement les crampes; cela fait, il sert l'instrument et laisse dans la cire l'empreinte de l'extrémité des doigts. Il ne reste plus qu'à creuser.

Modèles Duchenne. — Duchenne essaya d'immobiliser les doigts et le pouce d'un de ses malades à l'aide d'un instrument analogue à celui de J. J. Cazenave, décrit (page 777), afin que le malade n'eût aucun effort à faire pour maintenir la plume. Les spasmes semblèrent augmenter. D'autres appareils, qui maintiennent le pouce plus ou moins écarté des doigts et les phalanges dans la dernière flexion, comme la poire de Charrière, munie de supports, facilitèrent un peu l'écriture; mais les spasmes n'en revinrent pas moins, quoique tardivement. Force fut alors de le faire écrire le poing fermé et avec un gros porte-plume tenu entre l'index et le médius, ainsi que le représente la figure 5. Dans cette attitude les spasmes ne revinrent plus, et le malade s'habitua à écrire de cette manière.

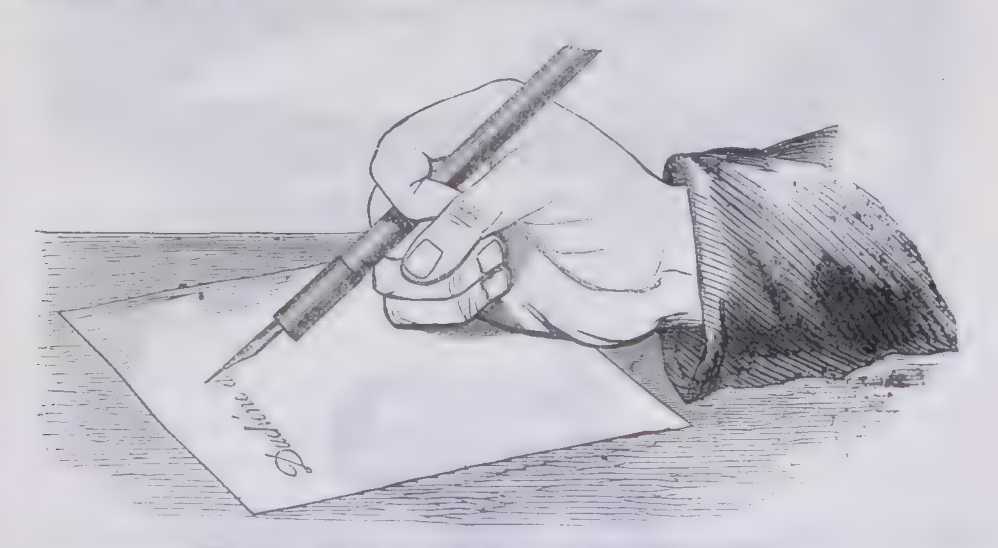


FIG. 5. — Gros porte-plume tenu entre l'index et le médius.

On remarque, dans ce cas, que les spasmes étaient provoqués par la position de la main ou par les mouvements placés sous la dépendance des interosseux (qui fléchissent la première phalange et étendent les deux dernières). Ces spasmes cessèrent dès qu'on mit en action les muscles antagonistes des interosseux, c'est-à-dire les fléchisseurs superficiels et profonds.

Un autre malade ne pouvait écrire quelques lignes sans que les phalanges de l'index et du médius ne s'infléchissent dans la paume de la main. Cette affection se montrant rebelle à toutes les médications, comme la précédente, il fallut recourir à la prothèse. Les appareils en usage furent essayés vainement par ce sujet : il ne put écrire qu'à l'aide d'une planchette sur laquelle la main reposait à plat, les doigts maintenus dans l'extension. Cet appareil a réussi dans plusieurs cas analogues, mais il dut subir de légères modifications, qui lui permettaient de répondre à des indications particulières. Ce modèle (fig. 6) se compose d'une palette circulaire ou ovale, un peu convexe à sa surface supérieure et à sa surface inférieure, portant latéralement la plume, à laquelle on pouvait donner une inclinaison plus ou moins grande. Cette plume est fixée, tantôt entre le pouce et l'index, tantôt entre l'index et le médius. Le glissement de l'appareil sur le papier est facilité par un galet roulant, placé à la face inférieure de la palette. Une des personnes aux-

quelles cet appareil a été appliqué a mieux écrit dès qu'on a eu fait élever cette palette sur un support (fig. 7). La courroie que cette personne a fait ajouter à son appareil n'est pas utile.

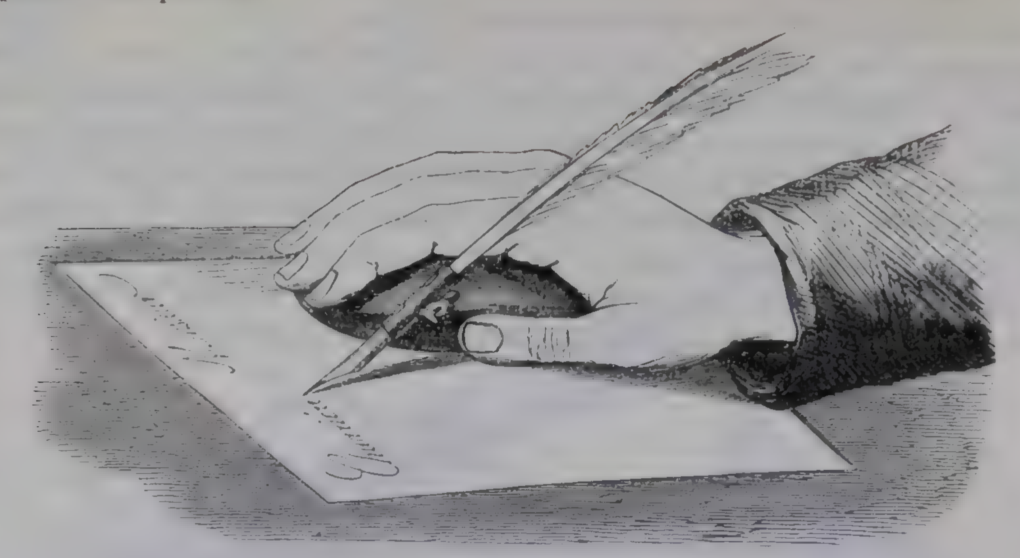


Fig. 6. — Planchette sur laquelle la main repose à plat.



Fig. 7. — Palette élevée sur un support.

On voit encore ici que les spasmes ont cessé, dès que, pour écrire, on n'a plus mis en action les muscles chargés habituellement de cette fonction.

C'est surtout dans la paralysie fonctionnelle qu'il sera utile d'immobiliser les doigts. (Voy. p. 777.)

Depuis plusieurs années, un teneur de livres éprouvait, après avoir écrit quelques lignes, une faiblesse dans les doigts qui tenaient la plume : celle-ci lui échappait fréquemment, et, pour la retenir, il devait contracter fortement les muscles qui rapprochent le pouce de l'index et du médius. Ces efforts très-fatigants, disait-il, étaient bientôt suivis d'un spasme douloureux, qui plaçait sa main en pronation forcée, ce qui l'empêchait de continuer d'écrire. Il fit usage d'un porte-plume sur lequel les deux premiers doigts étaient immobilisés de telle sorte qu'il n'avait aucun effort à faire pour tenir sa plume. Dès lors il cessa d'éprouver le spasme des muscles pronateurs.

Chariot de J.-J. Cazenave. — Cet instrument (fig. 8) se compose d'une planchette sur laquelle sont fixés deux montants matelassés, que l'on éloigne ou que l'on rapproche à volonté, à l'aide de deux mortaises horizontales et de deux vis de pression. Entre ces deux mortaises existe un support qui sert de point d'appui à la paume de la main. Pour se servir de cette machine, on place la main entre les montants, que l'on rapproche de façon à s'opposer aux oscillations de l'organe, et l'on écrit sans s'occuper du déplacement du porte-main. Le déplacement de l'instrument est facilité par le jeu de quatre roulettes d'ivoire, placées au-dessous de la planchette d'acajou.

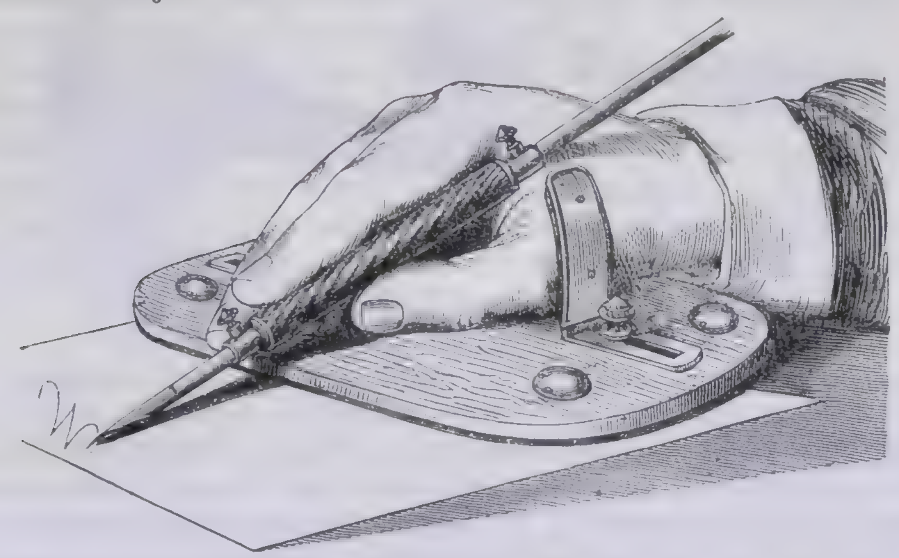


FIG. 8. — Chariot de J. J. Cazenave.

Ce dernier appareil est destiné par J. J. Cazenave à remédier aux effets du tremblement oscillatoire de la main droite.

A l'aide des modèles que nous avons placés sous les yeux de nos lecteurs, ils pourront donner un conseil utile, quelle que soit la forme du trouble fonctionnel pour lequel ils seront consultés, surtout lorsqu'il s'agira de prévenir la crampe des écrivains. Ils savent que l'instrument qui convient le mieux est celui qui neutralise ou empêche l'action synergique du muscle ou des muscles qui se contractent ou se paralysent pendant l'exercice de cette fonction. Ils doivent donc commencer par rechercher quels sont ces muscles, et, cette notion acquise, faire choix de la disposition qui préviendra le plus sûrement le trouble morbide.

Une question importante est celle de savoir si, dès qu'un malade a trouvé un appareil qui prévient le retour des crampes, il doit s'en servir exclusivement; ou s'il ne vaudrait pas mieux lui faire construire un second instrument, prévenant également la production du spasme fonctionnel, de manière à varier l'attitude de la main pendant l'exercice de la fonction en alternant l'usage des deux modèles.

Si les malades affectés de spasme fonctionnel doivent peu écrire, il ne saurait y avoir beaucoup d'inconvénients à leur laisser faire usage du même instrument.

Lorsque les personnes usent un peu largement de la fonction, la maladie peut s'aggraver. Nous avons vu un diplomate qui écrit beaucoup et pour lequel on a dû modifier trois fois le premier modèle. Chaque fois une amélioration a lieu, mais elle ne dure qu'un temps de plus en plus court.

Boule de Velpeau avec addition de deux supports. — Un contrôleur d'omnibus, qui alterne l'usage de deux instruments, n'a plus vu son affection s'aggraver. Il exécute ses chiffres avec la boule de Velpeau, et écrit avec le même instrument, auquel on a ajouté deux supports pour l'index et le médius (fig. 9). Il paraît convaincu des bénéfices qu'il retire de cette alternance des attitudes de la main.

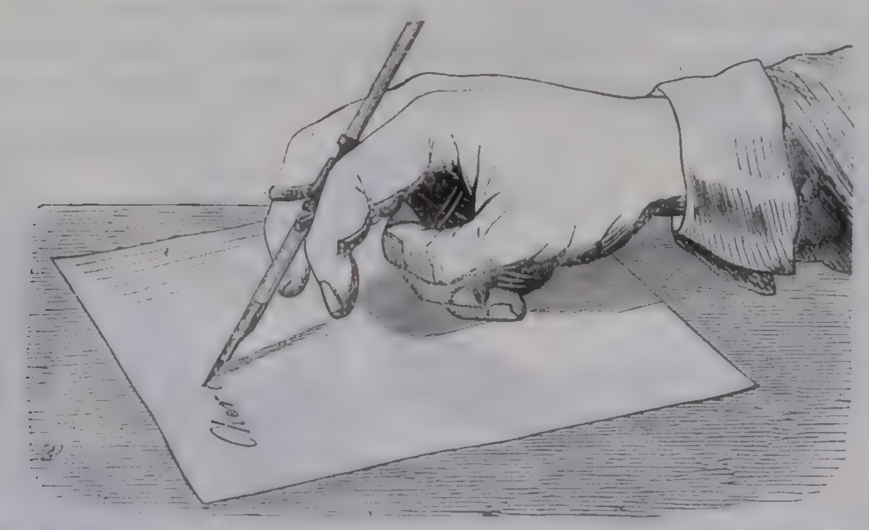


FIG. 9. — Boule de Velpeau à laquelle on a ajouté deux supports pour l'index et le médius.

Quelle est la valeur de la prothèse pour les individus affectés de la crampe des écrivains? L'observation des faits ne nous permet pas de ranger l'intervention des appareils au nombre des agents de la thérapeutique fonctionnelle. Ces instruments rendent possible l'accomplissement de la fonction, sans mettre en jeu les puissances musculaires.

La prothèse remplace l'action des doigts, en fixant la plume à l'appareil prothétique; elle rompt la synergie musculaire, en donnant un volume considérable à l'instrument ou en y ajoutant des supports destinés à tenir le doigt affecté de spasme immobile et étranger à la fonction d'écrire : c'est donc un secours, un artifice, une suppléance et rien de plus.

Au moins dans un certain nombre de cas, plus rarement on fera appel à ce secours, moins l'affection doit s'aggraver. C'est rendre un mauvais service aux malades que de leur inspirer une confiance exagérée dans la valeur des moyens qu'on leur propose (1).]

ARTICLE III.

CONVULSIONS IDIOPATHIQUES DE LA FACE.

Les convulsions idiopathiques de la face ont été reconnues dès une haute antiquité. Les recherches intéressantes de François (2) ne laissent aucun doute à cet égard. Il est fait mention de cette maladie dans le traité d'Arétée (3), et François cite

(1) *Sur les appareils prothétiques destinés à prévenir la production des spasmes pendant l'exercice de la main, et spécialement la crampe des écrivains* (*Bulletin de thérapeutique*, Paris, 1860, t. LVIII).
(2) François, *Essai sur les convulsions idiopathiques de la face*. Bruxelles, 1843.
(3) Arétée, *De caus. et nat. diuturnorum morborum*. Lipsiæ, 1828, lib. I.

un passage de Rhazès où, selon lui, il est question de ces convulsions idiopathiques ; mais il ne paraît pas prouvé qu'il s'agisse d'autre chose, dans ce passage, que de la *paralysie du nerf facial,* à laquelle, ainsi que nous l'avons vu plus haut, Rhazès donne le nom de *tortura oris.* Plus tard, Forestus (1) trace une courte description des convulsions de la face sous la même dénomination, et plus tard encore, Pujol en parle dans un *Essai sur le tic douloureux.* Mais tous ces travaux ne pouvaient pas avoir une grande portée avant la découverte de Ch. Bell. Ne connaissant pas, en effet, les fonctions spéciales de la septième paire de nerfs, ces auteurs se trouvaient embarrassés à chaque pas quand il s'agissait d'expliquer les symptômes et de distinguer les diverses maladies nerveuses de la face.

La découverte de Ch. Bell ne commença néanmoins à recevoir une application satisfaisante, dans les cas dont il s'agit, qu'à la publication du travail remarquable de Marshall Hall sur les maladies du système nerveux (2). Cet auteur cite, en effet, trois observations intéressantes, dont François a fait son profit

Romberg (3) a cité quelques cas dont malheureusement il ne nous a pas fait connaître les détails.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On donne le nom de *convulsions idiopathiques de la face* à une affection caractérisée par des mouvements involontaires des muscles qui reçoivent l'influx nerveux de la septième paire de nerfs, mouvements qui font grimacer la face et ne s'accompagnent d'aucune douleur.

Cette affection n'est pas fréquente ; on lui a donné plusieurs noms, parmi lesquels les suivants : *tortura faciei*, *oris distortio*, *spasme cynique*, *tic non douloureux*, *tic convulsif*, *rire sardonique.*

§ II. — Causes.

Il n'est pas rare que la maladie se manifeste *sans cause appréciable.* Chez un sujet pour lequel nous avons été consulté, il était impossible de découvrir dans les antécédents rien qui eût un rapport évident avec la production de ces convulsions. Dans un fait observé avec soin par François, il en était de même.

Cette affection n'a, dans les cas bien authentiques, été encore observée que *chez des adultes.*

Des trois cas rapportés par Marshall Hall, il en est deux dans lesquels les convulsions ont succédé promptement à l'action d'un *froid* vif sur la face, en sorte que cette circonstance rapproche, sous le point de vue de l'étiologie, les convulsions de la paralysie de la septième paire.

Chez quelques sujets il y avait eu des *rhumatismes musculaires* fréquents et étendus. Dans un cas cité par François, l'apparition d'un rhumatisme musculaire dans un grand nombre de muscles des autres parties du corps ne déplaça pas l'affection de la face.

Enfin, dans un cas recueilli par Marshall Hall, les *convulsions succédèrent à la paralysie.*

(1) Forestus, *Opera omnia*, lib. X.
(2) Marshall Hall, *On the diseases and derang. of the nerv. system.* London, 1841.
(3) Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankh. des Menschen.* Berlin, 1843, Band I.

§ III. — Symptômes.

La maladie, au point de vue de la symptomatologie, se présente sous deux formes distinctes. Dans les cas cités par François et dans celui observé par nous-même, les convulsions n'étaient pas continues : elles étaient *cloniques*, pour me servir de l'expression consacrée ; dans ceux, au contraire, qui ont été rapportés par Marshall-Hall, il y avait des convulsions continues, des convulsions *toniques*

1° **Convulsions intermittentes.** — *Début.* — Dans les cas que nous connaissons, ces convulsions se sont développées lentement, c'est-à-dire que pendant un temps plus ou moins long, les malades n'ont éprouvé que des convulsions légères, souvent peu étendues, dans l'orbiculaire des paupières et les muscles de la joue ; puis peu à peu les convulsions sont devenues plus fréquentes, plus fortes, et ont occupé tout un côté de la face, et parfois même ont envahi les muscles du cou.

Symptômes. — Ces convulsions n'ont pas dans tous les instants la même intensité ; elles sont tantôt rapides et passagères, tantôt soutenues pendant dix, douze secondes et plus. Elles se reproduisent à des intervalles variables, mais ordinairement très-courts, et ne laissent pas les malades tranquilles pendant plus d'une, deux ou trois minutes. Quelquefois cependant le repos peut être plus prolongé : c'est ainsi que le sujet dont nous avons parlé plus haut n'éprouvait pas de convulsions pendant dix minutes et même un quart d'heure, lorsqu'il était fortement préoccupé par une cause quelconque ; puis il avait deux et trois fois par minute des convulsions plus ou moins violentes.

Dans le premier fait recueilli par François, on observait ce qui suit (ce fait peut être regardé comme un type) : Les convulsions occupaient toujours simultanément les muscles superficiels de la face, de sorte qu'on voyait et qu'on sentait très-bien par l'application de la main, se convulser à la fois le haut du front, le sourcil, l'orbiculaire des paupières, la racine et l'aile du nez, la partie moyenne de la joue, la commissure des lèvres, la houppe du menton, le muscle peaucier, ce qui donnait à la moitié de la face l'expression du *rire avec tiraillement plus ou moins considérable du nez et de la bouche* vers le côté malade. Ces mouvements convulsifs ne pouvaient être ni prévenus ni entièrement réprimés ; cependant ils étaient ou paraissaient moins énergiques lorque le malade ouvrait ou fermait la bouche avec un certain degré de force, car la *mastication s'exécutait parfaitement bien*, et le bol alimentaire était promené avec une égale facilité à droite et à gauche. La *parole* et la *préhension des aliments* étaient gênées, mais nullement empêchées pendant les contractions, dont les intervalles, le plus souvent très-courts, se prolongeaient quelquefois pendant douze et quinze minutes, et alors la face était mue librement d'un côté comme de l'autre. Il y avait, du reste, *immobilité absolue* du muscle stylo-hyoïdien et du ventre postérieur du digastrique, ce qui, ainsi que le fait remarquer François, prouve que la maladie portait sur le nerf facial, non dans un point rapproché de son origine, mais à sa sortie du canal de Fallope, au point où il devient superficiel.

Cette description peut très-bien s'appliquer au cas que nous avons observé, sauf que, même dans les moments du plus grand calme, l'*œil* du côté gauche (côté affecté) paraissait un peu plus petit que l'autre, par suite d'une contraction du muscle orbiculaire.

Un caractère important de la maladie, c'est qu'*aucune douleur* ne se fait sentir dans la partie convulsée, et cette circonstance sépare profondément les convulsions idiopathiques de la face de ces convulsions souvent violentes qui accompagnent la névralgie trifaciale.

La sensibilité du côté affecté n'est nullement altérée.

Cette affection n'empêche pas toutes les fonctions de s'exécuter parfaitement ; aussi les malades ne présentent aucun signe de dépérissement. Chez le sujet dont nous avons déjà parlé, plusieurs fois les convulsions avaient *empêché momentanément le sommeil* ou avaient occasionné des réveils en sursaut. Mais, en général, le malade était parfaitement calme pendant son sommeil, ce qui lui avait été dit par plusieurs personnes qui l'avaient vu dormir. C'est un point sur lequel l'attention des observateurs n'a pas été suffisamment fixée.

2° **Convulsions continues.** — C'est, comme nous l'avons dit plus haut, dans les observations rapportées par Marshall-Hall qu'il faut chercher des exemples de cette forme de la maladie.

Début. — Ces convulsions continues peuvent, si l'on s'en rapporte à l'un des faits cités par Marshall-Hall, parvenir beaucoup plus rapidement que les précédentes à leur plus haut degré d'intensité. Peu de temps (quelques heures) après avoir été soumis à l'action du froid, les muscles d'un côté de la face furent, dans un cas, atteints de contractions convulsives, et voici quel était, dans les trois cas, l'état du côté malade :

Angle de la *bouche dirigé en bas*, *sourcil élevé*, fossettes au-dessous du sourcil, fossette du menton très-prononcée, *pointe du nez tirée vers le côté malade.*

Tous les phénomènes deviennent beaucoup plus marqués lorsque le malade veut rire et lorsqu'il éternue.

La *mastication* se fait du côté non affecté ; le *bol alimentaire se ramasse de ce côté ;* les sujets ne peuvent pas *siffler ;* la *prononciation* de quelques lettres, et surtout des sifflantes, est un peu difficile.

Il y avait dans ce cas un peu d'engourdissement de la *sensibilité*, mais jamais perte complète.

Ces convulsions sont continues ; cependant il n'est pas rare de voir dans certains moments, un *mouvement spasmodique* rendre plus apparente encore la déformation de la physionomie.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La maladie, après s'être produite avec une rapidité très-variable, reste stationnaire, sans qu'on l'ait vue encore se terminer d'une manière favorable, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement quelconque.

§ V. — Lésions anatomiques.

Dans la grande majorité des cas, cette affection est de celles qu'on ne saurait rapporter qu'à un trouble nerveux dont nous ne pouvons pas, à l'aide de nos moyens d'investigation, trouver la cause énergique.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Il est difficile de confondre cette maladie avec une autre affection. Ce défaut ab-

solu de douleur suffit pour la faire distinguer des convulsions qui accompagnent la *névralgie trifaciale.* Une observation très-superficielle pourrait seule faire prendre pour des convulsions de la face une *paralysie du nerf facial*, et faire croire que le côté sain est convulsé. Les signes donnés dans un des articles précédents (1) sont trop caractéristiques pour avoir à insister sur ce point.

On voit quelquefois des *tics* dus à l'habitude de simuler les convulsions dont il s'agit. On les distingue facilement parce que les sujets les suspendent par la force de la volonté.

Enfin, chez quelques personnes hystériques, il y a des mouvements involontaires accompagnés de cris, de paroles étranges, qui ressemblent à ces convulsions ; nous en dirons un mot dans la description de l'hystérie. (Voy. chap. IV.)

Pronostic. — Si l'on ne considère que le danger que peut avoir la maladie pour l'existence ou pour la constitution du malade, la gravité du pronostic est nulle : mais il n'en est pas de même quand on a égard à la persistance de cette incommodité, malgré tous les traitements qui paraissent le mieux appropriés. Sous ce point de vue, c'est une affection très-fâcheuse.

§ VII. — Traitement.

L'emploi de tous les moyens, sauf la ténotomie dans un cas dont nous dirons un mot plus loin, ayant complétement échoué, ce n'est plus d'après l'expérience que nous pouvons nous guider, mais seulement d'après des idées théoriques dont on n'a obtenu aucun résultat satisfaisant. Une simple énumération est par conséquent suffisante.

On a employé les *émissions sanguines locales;* elles ont complétement échoué. On a recommandé les frictions avec la *pommade de belladone, de datura stramonium, de tabac*, faite par incorporation de l'extrait de ces substances à l'axonge : les convulsions ont résisté. La *morphine*, la *vératrine*, la *strychine* par la méthode endermique, ont été mises en usage par François; mais elles n'ont pas eu d'action sur les convulsions. Pour l'emploi de la strychnine par la méthode endermique, qui est la plus dangereuse de ces applications, on doit agir comme dans le traitement de la paralysie consécutive à une hémorrhagie cérébrale (2).

On a encore essayé l'application du *froid* (affusions, fomentations, etc.); mais les malades n'en ont retiré aucun soulagement. Les *vésicatoires* sur la partie malade, dont le succès dans la névralgie et même dans la paralysie faciale est incomplet, n'ont pas un résultat plus avantageux dans la maladie dont nous nous occupons.

Romberg (de Berlin) conseille la *compression continue* au moyen d'un bandage auquel est adaptée une pelote qui presse sur les muscles. Cette médication ne paraît devoir être que palliative.

A l'intérieur, on a prescrit les *toniques*, les *ferrugineux*, les *amers*, les *vermifuges ;* mais on n'a pas mieux réussi à l'aide du traitement interne qu'à l'aide des moyens externes. Romberg recommande le *borax ;* mais a-t-il obtenu de bons effets en administrant cette substance, dont il associe l'emploi à celui de la compression ? C'est ce que nous ne saurions dire.

(1) Voy. article VIII, PARALYSIE DE LA SEPTIÈME PAIRE (HÉMIPLÉGIE FACIALE).
(2) Voy. cette maladie, t. II, liv. IV, chap. 1.

Reste la *ténotomie*. Nous ne connaissons qu'un seul cas bien évident dans lequel cette opération a été employée : c'est celui qui est rapporté par Romberg, et dans lequel l'opération a été pratiquée par Dieffenbach. Ce chirurgien fit la section sous-cutanée de tous les muscles de la face au moyen de quatre incisions successives, et, quinze mois après, le sujet, qui avait présenté des convulsions violentes, n'éprouvait plus qu'un frémissement musculaire peu gênant.

Dans le cas pour lequel nous avons été consulté, nous avons conseillé la strychnine et l'électricité; mais nous ne savons quel résultat a eu ce traitement.

ARTICLE IV.

TREMBLEMENT NERVEUX.

On a, sous le titre de *tremblement*, considéré d'une manière générale un trouble spécial de la motilité, sauf à renvoyer aux descriptions particulières pour certains tremblements qui surviennent sous l'influence de causes spéciales, tels que le tremblement mercuriel, le *delirium tremens*, le tremblement causé par l'opium, etc. Comme il ne s'agit pas ici de pathologie générale, nous n'avons à nous occuper, dans cet article, que du tremblement idiopathique. Dans le sens rigoureux du mot, il est certain que tous les tremblements sont des maladies nerveuses, et par conséquent des névroses; mais, comme la plupart d'entre eux sont produits par l'abus de certaines substances qui, à un certain degré, deviennent toxiques, il est mieux de présenter ces affections réunies, ou du moins assez rapprochées pour qu'on puisse les embrasser d'un seul coup d'œil; c'est dans le chapitre consacré aux intoxications (tome V) que nous parlerons de ces espèces de tremblements. Quant à ceux qui ne constituent que des symptômes de diverses affections, comme les tremblements qu'on remarque dans diverses maladies fébriles, ils sont suffisamment indiqués dans les articles où il est traité de ces affections.

Tremblement idiopatique. — Reste donc le *tremblement idiophatique;* il consiste, comme les autres espèces, dans de légères oscillations involontaires des membres, de la tête, plus rarement du tronc. Il diffère des autres affections convulsives par la moins grande étendue de ces mouvements involontaires, et surtout parce qu'il n'empêche qu'à un très-faible degré les mouvements volontaires.

Parmi les *causes*, on remarque d'abord la *vieillesse;* mais il n'y a aucune utilité, sous le rapport pathologique, à étudier le *tremblement sénile*. Puis vient la détérioration de la constitution par l'épuisement causé par l'*inanition*, par l'abus des plaisirs vénériens, par l'*onanisme*, etc. Les *émotions morales* très-vives ou longtemps prolongées peuvent produire le même effet; enfin l'*hérédité*, suivant un assez grand nombre de faits, a une influence marquée sur la production du tremblement idiopathique. On connaît des exemples de ce trouble de la motilité chez de jeunes enfants dont les parents avaient, soit un tremblement pareil, soit d'autres affections convulsives. Nous parlerons ailleurs du tremblement qui succède quelquefois au rhumatisme.

Le tremblement lui-même constitue le seul *symptôme* de la maladie. Il occupe principalement les mains, les membres supérieurs et la tête. Dans cette dernière partie, il est presque constitué par des mouvements de latéralité.

Lorsque le tremblement est héréditaire, il n'y a aucun moyen à lui opposer; il

faut seulement veiller à ce qu'aucune des causes ordinaires des diverses espèces de tremblements ne vienne en augmenter l'intensité. Dans les cas de tremblement par débilitation, le *traitement* est bien simple : il consiste à faire cesser la cause, et à donner des toniques et des aliments substantiels. A la suite des émotions morales très-vives, le tremblement qui survient est presque toujours incurable.

ARTICLE V.

TÉTANOS.

Le tétanos étant une maladie dont les symptômes sont très-facilement appréciables, une indication précise, et même une description assez exacte en ont été données dans les premiers temps de la médecine. Les caractères du tétanos sont nettement tracés par Hippocrate (1); et, dans les siècles suivants, un nombre immense d'auteurs se sont occupés de cette maladie. C'est surtout à la suite des blessures et des opérations chirurgicales que se produit le tétanos.

On a dû naturellement et tout d'abord diviser le tétanos en *traumatique* et *non traumatique ;* cette division est celle qui a le plus d'importance. En y regardant de près, on voit qu'il n'y a guère que la cause qui soit différente ; mais comme dans le tétanos traumatique, l'état et la nature de la blessure fournissent assez souvent des indications utiles pour le traitement, cette considération étiologique a sa valeur, et la division doit être maintenue. Notre intention est de ne nous occuper ici que du tétanos non traumatique ; malheureusement, cette distinction, qui est admise par tout le monde, est loin d'avoir été présente à l'esprit des auteurs quand ils ont tracé leur description, de sorte qu'il est souvent impossible de reconnaître ce qui appartient à l'une ou à l'autre des espèces dont il s'agit.

Vient ensuite une division établie sur l'étendue du siége occupé par le tétanos ; de là le *tétanos général* et le *tétanos partiel ;* mais ce sont des variétés symptomatiques qu'il suffira de signaler en parlant des symptômes.

On a encore divisé le tétanos en *continu*, en *continent* et en *rémittent*, mais ces nuances sont tirées de la plus ou moins grande uniformité du symptôme principal, la contraction convulsive, elles sont donc trop peu importantes pour qu'il soit nécessaire d'en tenir compte.

Un très-grand nombre d'auteurs ont étudié séparément le *tétanos des nouveau-nés*. Nous décrirons le tétanos des adultes, puis nous rechercherons si cette maladie présente quelque particularité importante dans les premiers jours de l'existence.

Nous ne poserons pas ici la question de savoir si le tétanos est une affection qu'on doive rattacher à certaines lésions du sytème nerveux, ou si, avec Pinel et presque tous les auteurs contemporains, il ne faut voir en lui qu'une simple névrose. Qu'il nous suffise de dire que nous le classons parmi les névroses, sauf à justifier bientôt cette manière de voir.

(1) Hippocrate, *Œuvres complètes*, traduction par Littré. Paris, 1850, t. VII : *Des maladies*, liv. III, chap. 12.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

On a dit généralement que cette affection est caractérisée par la rigidité, par la contraction permanente et accompagnée de redoublements, d'une partie ou de la totalité des muscles soumis à l'empire de la volonté. Si l'on se reporte à un très-grand nombre de faits signalés dans la description des maladies cérébrales, on remarquera que cette définition peut s'appliquer à une foule de cas de contracture, de roideur, de rétraction, qui se montrent dans le cours des diverses maladies des centres nerveux, et qu'elle manque de précision. Mais il est bien difficile d'éviter ce défaut. Si l'on réfléchit à la nature de la maladie, on voit que les cas où il y a contraction involontaire et permanente des muscles offrent, entre eux, une ressemblance telle, que la ligne de démarcation devient souvent impossible. Ne serait-ce pas parce que le tétanos est, comme plusieurs autres états morbides, tantôt un simple symptôme, et tantôt une affection idiopathique essentielle, qui prend, dans ce dernier cas, sa place à part dans le cadre nosologique ?

Cette affection a été connue, dans certains pays, sous le nom de *spasmo real*, *mal des mâchoires*, *mal des neuf jours*, *trismus des nouveau-nés*. Le tétanos a été désigné sous des dénominations qui indiquent ses variétés, comme *trismus*, *opisthotonos*, etc., par des auteurs qui ont observé des cas de forme particulière.

En Europe, le tétanos non traumatique est une maladie assez rare. Sa fréquence varie beaucoup suivant les climats.

§ II. — Causes.

Sauf quelques renseignements fournis par les auteurs qui ont écrit sur les maladies des pays chauds, nous n'avons guère que des données résultant de faits isolés ou peu nombreux.

[1° *Causes prédisposantes*. — *Age*. — Dans les climats froids ou tempérés le tétanos *non traumatique* est très-rare chez les adultes, ainsi que chez les enfants. Cependant on a observé le tétanos épidémique chez les nouveau-nés. Ainsi à *Lying in hospital* (Dublin), à la fin de 1782, sur 17 650 nouveau-nés de cet établissement, 2944 ou environ 17 pour 100 succombèrent à cette maladie, dans les quinze premiers jours de leur existence. Mais dans les pays chauds, le tétanos figure en première ligne comme cause de mortalité des nouveau-nés. Il se montre surtout pendant les premiers mois de la vie; il apparaît toutefois pendant toute la première enfance. On a souvent attribué cet accident au mode défectueux de section et de ligature du cordon ombilical, il est cependant plus légitime de tenir compte surtout des mauvaises conditions hygiéniques dans lesquelles se trouvent placés les enfants des peuples peu civilisés.

Race. — Les races colorées, pendant l'enfance particulièrement, offrent une prédisposition très-accusée au tétanos. Maxwell, Hancock, Morrisson, établissent que cette maladie est une cause de dépopulation parmi les noirs des îles des Indes occidentales et des colonies de Demerary et d'Essequebo. Valentin, Dazille, Campet, Rush et d'autres la signalent comme fréquente et très-meurtrière dans les États escla-

vagistes du Sud. D'après Vinson, elle cause de très-grands ravages parmi les nouveau-nés, à la Nouvelle-Calédonie. Laure s'exprime de la même façon au sujet de la Guyane française ; Thévenot, Chassaniol, font la même remarque pour le Sénégal ; Duplouy, Richaud pour Gayaquil. Dans ces différents pays, les enfants de race blanche sont bien plus rarement atteints du *trismus neonatorum* que ceux des nègres et des mulâtres.

Sexe. — Suivant Rochoux, les sujets du sexe féminin présenteraient le tétanos *non traumatique* plus souvent que les sujets du sexe masculin. Chassaniol a constaté qu'il se montre plus fréquemment à Saint-Louis (Sénégal) chez les négresses, surtout chez les jeunes filles, que chez les nègres.

Pitre-Aubinais (1) a vu le tétanos se produire *chez les femmes en couches, au plus fort de la fièvre de lait :* il a donné à cette espèce le nom de *tétanos puerpéral.*

Chassaniol a vu également, au Sénégal, le tétanos survenir souvent chez les négresses, à la suite de couches.

Climats. — Le *tétanos spontané* se produit particulièrement dans les pays chauds et surtout dans les localités exposées à de brusques variations de température. A la côte occidentale d'Afrique, le trismus des nouveau-nés est plus fréquent sur le littoral que dans l'intérieur du pays. Suivant Samuel Cooper, il se montre de préférence dans les contrées basses et marécageuses. Mais les observations recueillies dans la Plata, à la Nouvelle-Calédonie, à la Réunion, aux Seychelles, ne permettent pas d'accepter cette assertion. On conçoit, par conséquent, que cette maladie se montre aux époques de l'année où à des journées de forte chaleur succèdent des nuits fraîches, c'est-à-dire pendant la saison froide des contrées tropicales.

Le docteur Kane a signalé l'existence du tétanos dans les régions polaires. Suivant le docteur Holland et sir G. Mackenzie, le trismus sévit cruellement sur les enfants de la côte d'Islande ; il existe également à Saint-Kilda, la plus éloignée des îles occidentales d'Écosse (2).]

2° *Causes occasionnelles.* — Les diverses causes du *tétanos traumatique*, telles que la piqûre, la déchirure des nerfs, etc., sont du ressort des livres de chirurgie.

Nous dirons seulement que l'application d'un caustique de Vienne a été suivie, dans un cas signalé par Papillaud (3), d'un tétanos mortel. Dans le cas cité par ce médecin, il y avait quatorze à seize eschares d'une dimension d'une pièce de 5 francs à une pièce de 2 francs dans une étendue de 30 à 40 centimètres carrés.

Parmi les causes exceptionnelles du tétanos idiopathique, on a cité en première ligne l'*impression du froid.* Dans les faits qu'on a rapportés en faveur de cette opinion, on voit que tantôt les sujets ont été exposés à un froid prolongé ; que tantôt ils ont été mouillés et ont conservé sur eux leurs vêtements humides, et que d'autres fois ils ont été soumis à un froid vif, le corps étant en sueur. Quelle est l'influence proportionnelle de ces diverses applications du froid ? C'est ce qu'il n'est pas possible de dire. Ce que l'on peut affirmer, c'est que dans un assez bon nombre d'observations, même de tétanos traumatique, la maladie s'est produite assez peu

(1) Pitre-Aubinais, *Journal de la Soc. de méd. de la Loire-Inférieure.*
(2) Voyez J. Copland, *Dictionary of medicine*, t. III, p. 1018.
(3) Papillaud, *Journ. des connaiss. médico-chirurg.*, 15 février 1852.

de temps après cette exposition au froid, pour qu'on ait été autorisé, surtout en l'absence de toute autre cause évidente, à rapporter son apparition à cette influence.

[Sans qu'on puisse fournir de statistique, il est cependant avéré, d'après les médecins qui ont pratiqué dans les colonies, que le tétanos des nouveau-nés est, le plus souvent, déterminé par le refroidissement. Dès la naissance, les négrillons restent exposés sur le sol, enveloppés seulement de pagnes et mal abrités, sous des cases de roseaux. A Saint-Louis, à la Réunion, il a suffi de placer les noirs dans de meilleures conditions hygiéniques, sous le rapport de l'habitation, pour voir le trismus des nouveau-nés diminuer notablement. On a vu souvent un bain froid déterminer le tétanos chez les individus de couleur. La suppression brusque, par le froid, du flux menstruel chez les négresses est parfois l'occasion du tétanos.]

Le tétanos survient également sous l'influence d'un état rhumatismal, et ce que l'on a dit dans ces derniers temps de la méningite cérébrale rhumatismale peut s'appliquer également à certains cas de tétanos. On a remarqué que les professions qui exposent le plus à cette maladie sont celles où les douleurs rhumatismales dans les jointures ou dans les muscles sont les plus fréquentes.

Il résulte des recherches de Trnka (1), que des *substances alimentaires indigestes*, l'*indigestion*, l'*excès des boissons alcooliques*, ont été, dans plusieurs cas, les seules causes auxquelles ont ait pu rapporter l'apparition de la maladie. Quel est le degré d'influence de ces causes? C'est ce qui reste encore à déterminer d'une manière précise.

Viennent maintenant des causes qu'il suffit d'énumérer, parce que nous n'avons sur elles que les renseignements les plus vagues. Ce sont les *impressions morales vives*, les *excès vénériens*, les *vers intestinaux*, les *flux considérables*, leur *suppression* quand ils sont habituels; la *répercussion des exanthèmes*, de la *goutte*, etc. Les auteurs modernes sont d'accord sur le peu de fondement de toutes ces causes qu'on retrouve dans presque toutes les maladies. Cejerchsjoeld, cité par les auteurs du *Compendium de médecine*, a rapporté des faits dans le but de prouver que le tétanos peut régner d'une manière *épidémique;* mais ces auteurs ont fait ressortir tous les doutes qui existent sur la réalité du fait.

Plusieurs médecins ont vu la cause occasionnelle du *tétanos des enfants nouveau-nés* dans l'inflammation qui se manifeste souvent à un degré assez marqué à l'ombilic, par suite de la séparation du cordon ombilical. Thore a objecté que cette inflammation est fréquente, tandis que le tétanos est rare, au moins dans nos climats, et qu'en outre on voit fréquemment le tétanos précéder cette inflammation. Ces objections ont d'autant plus de valeur que l'on n'a pas cité, en faveur de l'opinion qu'elles combattent, de faits convaincants.

§ III. — Symptômes.

Tétanos chez l'adulte. — *Début.* — Il résulte des faits publiés, que le tétanos spontané, idiopathique, dont nous nous occupons spécialement ici, se déclare ordinairement sans prodromes et brusquement. En parcourant un certain nombre d'observations, on ne peut s'empêcher d'avoir quelques doutes à cet égard, parce que les médecins appelés au moment où les symptômes tétaniques s'étaient décla-

(1) Trnka, *Comment. de tetano*. Vindobonæ, 1777.

rés ont souvent négligé de rechercher, avec soin, ce qui s'était passé auparavant. Quoi qu'il en soit, il n'est pas douteux que, dans un nombre de cas qui ne laisse pas d'être assez considérable, le tétanos s'annonce par des frissons, par de la courbature, de l'abattement et d'autres fois par de l'insomnie et des vertiges.

Symptômes. — Le tétanos commence ordinairement par une sensation de roideur dans le cou et dans les muscles des mâchoires. Souvent il y a constriction épigastrique et tension le long de la colonne vertébrale ; puis la déglutition devient difficile, et bientôt la contraction involontaire envahissant le tronc, puis les membres, la maladie est confirmée. On doit regarder comme exceptionnels les cas dans lesquels la maladie débute autrement.

Tétanos général. — Trnka a décrit avec soin cette espèce, qui n'est pas la plus fréquente. Tous les muscles du corps étant contractés convulsivement, et les muscles extenseurs faisant antagonisme aux muscles fléchisseurs, il en résulte que le tronc et les membres sont directement tendus, ce qui a fait donner à cette espèce le nom de *tétanos droit.* Trnka compare le malade à une statue, et dit qu'on pourrait le soulever tout d'une pièce en le saisissant par les pieds. Les muscles de la mâchoire participant à cette *rigidité,* les dents sont fortement serrées ; il est impossible de les écarter. Quelquefois la langue, se trouvant poussée hors des arcades dentaires par un mouvement involontaire, a été coupée par les dents convulsivement rapprochées. Dans des cas beaucoup moins fréquents, on voit les mâchoires violemment écartées, sans qu'on puisse les rapprocher.

La *contraction du pharynx* est souvent telle, que, lors même qu'on a pu faire pénétrer des boissons dans l'arrière-gorge, quelquefois elles ne peuvent pas être ingérées, la déglutition étant devenue impossible. C'est par la base de la langue que commence cette constriction. Cet organe peut ordinairement se mouvoir après que les autres muscles sont contracturés.

La convulsion gagnant la poitrine et l'abdomen, on observe une immobilité plus ou moins complète des parois de ces cavités, et la rétraction de la dernière. Cependant, il faut dire qu'il est bien rare que les muscles inspirateurs soient complétement convulsés et immobiles. Les membres, participant à la rigidité générale, sont dans l'extension, et les efforts faits pour les fléchir restent sans succès. Sprengel a avancé que la contraction morbide respectait les doigts ; mais ce n'est pas ce qu'ont noté les autres observateurs, et en particulier Grisolle.

Une *douleur* plus ou moins vive accompagne cet état convulsif. Quelques sujets se plaignent à peine de leurs souffrances, qui sont légères ; mais la plupart éprouvent des exaspérations douloureuses qui sont souvent insupportables. Ces douleurs consistent dans des élancements, des déchirements, qui parcourent les membres et le tronc, et il n'est pas rare d'observer des *crampes* très-douloureuses. Dans un petit nombre de cas seulement, la douleur est permanente.

La contracture, qui est le caractère essentiel de la maladie, est continue. A quelque moment qu'on examine le malade, on voit que les muscles présentent une rigidité évidente ; mais, par moments, on les voit agités de *secousses convulsives,* et c'est surtout alors que les douleurs dont nous venons de parler se font sentir. Ces convulsions rapides, subites et douloureuses, surviennent très-souvent sans que rien les provoque ; mais on a noté aussi qu'elles se reproduisent particulièrement

lorsque le malade éprouve une contrariété, une émotion, ou lorsqu'il veut faire un mouvement.

La *soif* n'est augmentée que lorsque la contraction des muscles du pharynx et de l'œsophage empêche la déglutition ; alors elle devient intense. L'*appétit* n'est pas naturellement perdu ; aussi, lorsque la déglutition est impossible, la faim vient-elle se joindre à la soif pour tourmenter le malade. Si l'on veut insister et chercher à introduire des boissons ou des aliments, la *suffocation* devient imminente. Dans les mêmes circonstances, on voit la *salive* s'accumuler dans la bouche, ne pouvant franchir le pharynx, puis couler en bavant entre les lèvres. Cette salive est épaisse, souvent écumeuse, et parfois sanglante.

On a signalé comme un symptôme appartenant au tétanos des *vomissements* dans les premiers temps de la maladie. Dans la plupart des cas où il en a été ainsi, il s'agissait d'un tétanos symptomatique d'une affection des centres nerveux.

Il y a presque toujours une *constipation* opiniâtre, ce qui tient à la contraction spasmodique des sphincters. Dans quelques cas peu fréquents, au contraire, on a noté des *selles involontaires.*

Du côté de la *vessie*, on observe des symptômes semblables à ceux de l'intestin, c'est-à-dire que, le plus souvent, il y a, soit excrétion difficile et douloureuse de l'urine, soit rétention de ce liquide, et que, dans quelques autres, on a vu l'urine s'écouler involontairement.

La *respiration* est ordinairement gênée. Quelquefois elle est suspirieuse, ronflante, et lorsque les muscles inspirateurs sont envahis, ce qui n'a lieu que dans les cas extrêmes, l'asphyxie devient, de jour en jour, imminente par suite de l'accumulation de l'écume bronchique ; les mucosités ne peuvent plus être expulsées. Cette gêne de la respiration ne se fait principalement remarquer que pendant les paroxysmes, pendant ces secousses convulsives indiquées plus haut.

La *voix* est ordinairement naturelle. Lorsque la base de la langue et le pharynx sont convulsés, elle est pénible et sourde, et, comme les contractions les plus fortes ont lieu par secousses, la parole est presque toujours entrecoupée. Lorsque ces symptômes sont parvenus à un très-haut degré, les malades ne peuvent plus faire entendre que des sons inarticulés.

La *circulation* ne présente ordinairement rien de remarquable, si ce n'est que le *pouls* est un peu ralenti. Lorsque la respiration est très-embarrassée et précipitée, le pouls devient petit et fréquent. On a néanmoins cité des cas de tétanos fébrile, et nous en avons vu un exemple manifeste, bien que l'autopsie ait permis de constater l'intégrité de tous les organes, mais ces cas sont rares.

Vers les derniers temps de la maladie, la *peau*, qui jusqu'alors avait conservé ses caractères normaux, se couvre d'une sueur froide et visqueuse. Il faut encore signaler ici des cas dans lesquels les *sueurs* se montrent dans le tétanos en même temps qu'une certaine élévation de la température.

On a remarqué des symptômes d'*hydrophobie ;* mais ces cas sont rares.

Lorsque le tétanos est idiopathique, essentiel, c'est-à-dire dans les cas dont nous nous occupons spécialement ici, l'*intelligence* reste intacte au milieu de ces symptômes si graves, et c'est ce qui rend la position des malades plus cruelle encore. Les auteurs, et en particulier Trnka, ont néanmoins cité des cas avec délire tantôt tranquille, tantôt bruyant et furieux ; mais il est douteux que ces cas

se rapportent au tétanos idiopathique, et l'on s'accorde généralement à attribuer ce symptôme à une complication, lorsqu'il survient dans de semblables conditions.

Il est remarquable que, dans un bon nombre de cas, la nuit apporte une amélioration plus ou moins sensible à ces accidents. Il n'est pas rare, en effet, de voir des malades avec un *sommeil* tranquille la nuit, bien que la maladie ne présente aucun amendement réel. D'autres ont des exacerbations la nuit aussi bien que le jour.

On voit que, dans toute cette description, nous avons été obligé d'admettre sans cesse des exceptions, et qu'il n'est aucun symptôme, sauf les convulsions, qui se retrouve dans tous les cas cités. En serait-il de même si l'on établissait des catégories bien distinctes? si l'on étudiait séparément les observations où la maladie a existé sans lésion évidente, celles où l'on a trouvé des lésions des centres nerveux, etc.? Il est permis d'en douter.

Formes diverses. — 1° *Trismus.* — Cet état de contraction et de rigidité que nous avons vu se montrer du côté des muscles élévateurs de la mâchoire inférieure peut exister seul. C'est ce qui a lieu le plus ordinairement chez les nouveau-nés. Il a reçu les noms de *tétanos maxillaire*, *mal de mâchoires.* Les mâchoires sont tellement serrées, dans la plupart des cas, qu'on ne peut les écarter, et que, pour faire boire le malade, il faut profiter de l'intervalle laissé par une dent arrachée afin d'introduire un tube fin pour faire aspirer le liquide. On a quelquefois été forcé de casser une ou plusieurs dents. Le trismus se montre presque toujours dans les autres espèces.

2° *Tétanos facial.* — Dans les cas de trismus, la convulsion peut gagner les muscles de la face et des yeux. La physionomie est alors fortement contractée, les yeux sont hagards, et l'aspect du malade a quelque chose d'effrayant.

3° *Tétanos cervical.* — Il est au moins fort rare que la convulsion soit bornée aux muscles du cou dans le tétanos essentiel. On a cité des exemples de ce genre parmi les cas de méningite rachidienne bornée à la partie supérieure. Il nous suffit de rappeler que, dans cette variété, la tête est fortement portée en arrière, qu'elle ne peut être fléchie, et que les muscles de la partie postérieure du cou sont rigides. C'est un opisthotonos partiel.

4° *Opisthotonos.* — Cette forme, qui est de beaucoup plus fréquente chez l'adulte, résulte principalement de la convulsion des muscles de la partie postérieure du tronc. A son plus haut degré, elle se montre avec les caractères suivants: le tronc forme un arc dont la convexité est antérieure, les membres sont dans une extension forcée, ainsi que la tête, de telle sorte que le malade ne repose que sur cette partie et sur les talons. A un degré moindre, il y a seulement courbure du tronc en arrière.

5° *Emprosthotonos.* — L'emprosthotonos est la forme opposée à la précédente, c'est-à-dire que les convulsions occupent les muscles antérieurs du corps. La courbure est antérieure et peut être portée assez loin (Arétée) pour que les genoux viennent toucher le menton.

6° *Pleurosthotonos.* — Enfin la contraction des muscles d'un des côtés du tronc et du cou donne lieu à une courbure latérale, de sorte que l'épaule vient toucher la tête, et la hanche se relève vers le côté du thorax correspondant. Cette forme est la plus rare.

§ IV. — Marche, durée et terminaison de la maladie.

On peut dire, en général, qu'elle est continue, bien qu'il existe des *paroxysmes* assez marqués. Quelques auteurs ont signalé non-seulement un *tétanos rémittent*, mais encore un *tétanos intermittent*. Dans la première de ces deux formes, on observe des intervalles de calme plus grands que dans les cas ordinaires. Quant à la seconde, son existence est loin d'être prouvée. Nous avons vu, dans un des articles précédents, que la maladie désignée par Dance sous le nom de fièvre intermittente tétanique n'est autre chose que la contracture idiopathique (1). Quant aux faits cités par Fournier-Pescay (2), l'exactitude du diagnostic est généralement révoquée en doute.

La *durée* de la maladie est assez variable. Cependant il résulte de l'examen des faits que, dans la très-grande majorité des cas, l'affection, lorsqu'elle se termine par la mort, n'a pas une durée de plus de dix jours. Ceux dans lesquels cette durée est de plus de vingt jours sont tout à fait exceptionnels. Il est plus fréquent, au contraire, de voir des cas dans lesquels la mort survient en très-peu de temps (vingt-quatre et trente-six heures). Nous n'avons pas de relevés de faits qui nous apprennent d'une manière bien exacte quel est le plus promptement mortel du tétanos traumatique ou du tétanos spontané.

Le tétanos se *termine* par la mort dans la grande majorité des cas. Lorsque la maladie se prolonge, elle laisse quelque espoir de guérison. Blizard Curling a, sur 246 cas, trouvé 236 fois la terminaison par la mort. Il est vrai qu'il s'agit du tétanos traumatique. Suivant la plupart des auteurs, le tétanos spontané est moins meurtrier. Les malades succombent presque toujours aux suites de cette asphyxie lente dont nous avons indiqué plus haut les principaux symptômes.

La plupart des sujets qui échappent au tétanos sont pris d'abondantes sueurs qui semblent être la crise terminale de la maladie (3).

Nous trouvons la confirmation de cette remarque dans un travail publié par le docteur Rey (4), à l'occasion d'un cas de tétanos guéri par l'opium à hautes doses et les grands bains.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les uns, ayant été frappés de l'existence, dans la méningite cérébro-spinale, des convulsions tétaniques que nous avons décrites en parlant de cette maladie, ont regardé l'inflammation des membranes de la moelle comme la lésion anatomique propre à cette affection. D'autres ont considéré le tétanos comme un symptôme du ramollissement de la moelle, et surtout des faisceaux antérieurs qui président au mouvement, parce que, dans quelques cas, ils ont trouvé ce ramollissement. D'autres encore ont attribué la maladie à une névrilémite, à une arachnitis. La fréquence de la méningite rachidienne est prouvée par un grand nombre d'autopsies dans lesquelles on a rencontré soit une congestion vive avec épanchement de séro-

(1) Voyez page 769.
(2) Fournier-Pescay, *Dictionnaire des sciences médicales*, art. TÉTANOS.
(3) Legouest, *Traité de chirurgie d'armée*, p. 820.
(4) Rey, *Archives de méd. navale*. Paris, 1864, t. II, p. 127.

sité, soit du pus déposé en petites masses sous l'arachnoïde. On sait, du reste, combien les symptômes de la méningite cérébro-spinale se rapprochent de ceux du tétanos.

Les inflammations du tube digestif ou d'autres organes, dans les cas où l'on peut leur attribuer un certain degré d'influence sur la production de la maladie, ne jouent d'autre rôle que celui d'une cause déterminante, et ont même une influence moins grande que les blessures que nous avons citées en première ligne dans le paragraphe consacré à l'étiologie. Dans quelques cas, on a noté la rougeur des ganglions semi-lunaires.

Mais si nous ne manquons pas de faits dans lesquels des lésions anatomiques évidentes ont été rencontrées à l'autopsie, ces lésions sont très-diverses et n'ont pas ce caractère d'uniformité qu'on remarque dans les lésions anatomiques essentielles des autres affections, et, en second lieu, on a cité un nombre de faits plus considérable encore dans lesquels l'inspection anatomique n'a rien permis de découvrir.

Le tétanos qui, dans un grand nombre de cas, doit se ranger parmi les affections nerveuses essentielles, n'est, dans d'autres, qu'un symptôme de maladies diverses, et principalement des affections de la moelle.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

La forme tonique des convulsions le fait distinguer de l'*éclampsie* et de l'*hystérie*. L'*épilepsie* en diffère essentiellement par l'intermittence des attaques et surtout par la perte complète de connaissance. Quant à la distinction du tétanos essentiel et du tétanos symptomatique, elle est rendue facile par la connaissance des symptômes des maladies cérébro-spinales décrites dans les articles précédents (1).

Pronostic. — Le pronostic est très-grave. On regarde le tétanos spontané comme moins grave que le tétanos traumatique ; mais il n'en résulte pas moins des faits connus que cette affection, quelle que soit son origine, cause très-fréquemment la mort. La mort par asphyxie étant la terminaison la plus fréquente de cette affection, il n'est pas besoin de dire que c'est un signe très-fâcheux lorsque la respiration devient très-embarrassée.

§ VII. — Traitement.

Émissions sanguines. — Presque tous les auteurs les recommandent, mais à des degrés si différents, qu'il y a presque opposition dans leurs opinions à ce sujet. Ainsi tandis que les uns veulent, avec Boyer, qu'on se contente de pratiquer une ou deux saignées chez les sujets forts et vigoureux, d'autres, avec Lisfranc et Lepelletier (de la Sarthe), recommandent de faire des saignées d'une abondance extrême. Le dernier a pratiqué, en deux jours et demi, jusqu'à cinq saignées d'un kilogramme chacune, et Lisfranc, en dix-neuf jours, fait dix-neuf saignées et prescrit 750 sangsues. Les sujets chez lesquels on a enlevé une si énorme quantité de sang ont guéri. Est-ce une raison pour regarder les émissions sanguines, et en particulier les émissions sanguines abondantes, comme très-utiles dans le tétanos ? On

(1) Voyez, tome II, MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE, MYÉLITE, etc.

peut en douter. Combien de cas dans lesquels ces moyens sont restés sans effet! Quelques exemples de guérison ne suffisent pas pour établir solidement la valeur d'un moyen thérapeutique. On a principalement recours à la *saignée générale* et à l'application des *sangsues* le long du rachis.

Narcotiques. — C'est toujours à haute dose qu'on a donné l'opium. Monro a vu administrer jusqu'à 6 grammes d'opium en un jour; Littleton (1) a guéri deux enfants de dix ans en prescrivant à l'un 30 grammes de *laudanum* liquide en un jour, et à l'autre 50 grammes d'*extrait d'opium* en douze heures. [Chassaniol, alors qu'il était médecin en chef à Saint-Louis (Sénégal), a guéri, par l'opium, de très-jeunes enfants. En commençant par 2 gouttes, en lavement, chez des nouveau-nés, il a pu aller jusqu'à 12 gouttes dans les vingt-quatre heures (2).] Il suffit de ces exemples. Ce qu'il y a de remarquable dans la plupart des cas cités, c'est que, malgré ces doses si considérables, on n'a pas observé de narcotisme marqué; mais, suivant le docteur Blizard Curling, ce n'est pas là une condition favorable. Cet auteur a noté, en effet, que lorsque l'opium a une utilité réelle, il produit un certain degré de narcotisme, à peu près comme dans les autres affections.

L'administration de l'opium doit se faire par la bouche et par le rectum, et, d'après ce qui précède, on ne doit pas craindre d'en administrer, tout d'abord, une dose considérable (5 à 10 centigrammes toutes les deux heures ou même toutes les heures, si les accidents sont très-graves), et d'augmenter rapidement cette quantité. C'est au médecin à surveiller l'emploi de ce médicament.

L'opium a été uni à d'autres substances. Ainsi Baldwin (3) veut qu'on l'associe au vin ammoniacal et qu'on l'administre en même temps que l'huile de térébenthine; mais rien ne prouve que cette association soit réellement utile. Dans un cas où cette affection était due à une cause traumatique, Herpin (4) associa l'opium au *sulfate de quinine*. Ce dernier médicament, donné d'abord à la dose d'un gramme, fut ensuite donné chaque jour à celle de 60 centigrammes. Le malade guérit.

Le *tabac* donné en lavement, sous forme de décoction ou de vapeurs, a été également préconisé. Lavenne (5) est un de ceux qui en ont le plus vanté les heureux effets. La décoction doit être assez forte. On prescrira :

℞ Feuilles sèches de tabac. . . . . 30 gram.

Faites bouillir pendant dix minutes dans :

Eau commune . . . . 400 gram.

Pour un lavement.

Lembert (6) rapporte deux cas de guérison par l'*acétate de morphine* administré par la méthode endermique. La dose de ce médicament doit être élevée comme celle de l'opium. Dans un cas de tétanos traumatique après une amputation,

(1) Littleton, Voy. Trousseau et Pidoux, *Traité de thérapeutique*, 7e édit. Paris, 1862, t. II, p. 32.

(2) Communications verbales à Le Roy de Méricourt.

(3) Baldwin, *The American Journal*, 1832.

(4) Herpin, *Gazette des hôpitaux*, septembre 1852, et *Bulletin général de thérapeutique*, 30 octobre 1852.

(5) Lavenne, *Journal de méd. et de chirur. prat.*, 1837.

(6) Lembert, *Archives générales de médecine*. Paris, 1828, t. XVII, p. 440.

Thomassin (1) a employé, en quinze jours, jusqu'à 3 grammes et demi d'acétate de morphine, tant sur la plaie du moignon que sur des vésicatoires ; cette dose peut être dépassée sans inconvénient. L'administration d'une forte dose se fait avec facilité en multipliant les vésicatoires.

Belladone. — Lenoir (2) a obtenu plusieurs fois la guérison du tétanos traumatique à l'aide de la *belladone* et des *bains de vapeur.* Ce traitement peut être facilement appliqué au tétanos non traumatique.

Antispasmodiques. — Les antispasmodiques n'ont pu être oubliés dans une affection de cette nature. Voici une formule recommandée par Fournier :

℞ Camphre .... Musc	aa 4 gram.	Sucre .... 4 gram.

Triturez ensemble dans un mortier de verre, et ajoutez peu à peu :

Infusion d'arnica .... 120 gram.	Eau de Luce .... 8 gram.

A prendre par cuillerée d'heure en heure.

Nous pourrions encore citer l'*asa fœtida*, le *castoréum*, etc. ; mais il n'y aurait pas d'utilité réelle.

Inhalations de chloroforme. — Bien que le *chloroforme* soit resté impuissant dans beaucoup de cas où il a été employé, c'est un moyen qu'il ne faut pas négliger ; car dans d'autres il a eu une utilité incontestable. Nous citerons ceux qui ont été observés par Forget et Hergott (3), et qui nous font voir une amélioration constante à chaque inhalation, suivie, au bout de quelque temps, d'une guérison complète. En outre, Bargigly (4) cite un cas de tétanos traumatique très-violent qui céda à des inhalations continuées de temps en temps, de manière à rendre l'anesthésie constante pendant une heure ; et dans un autre cas rapporté par Baudon fils (5), l'effet curatif fut plus rapide, mais depuis quelques jours le malade avait pris de fortes doses d'opium et surtout de belladone.

Morisseau (6), au lieu d'employer ce médicament en inhalations, l'employa *en frictions* dans un cas qui se termina par la guérison. Elles étaient faites trois fois par jour avec 20 grammes de chloroforme.

Tartre stibié à haute dose.— On trouve dans les recueils de médecine quelques faits de guérison du tétanos par l'émétique à haute dose. Laennec, qui a appliqué cette médication à un certain nombre de maladies, a cité deux cas où un tétanos spontané s'est terminé heureusement après l'usage de la potion stibiée qu'il employait dans la pneumonie (7). Un des plus remarquables parmi ces faits rapportés en faveur du tartre stibié, est celui qu'a publié le docteur Ogden (8). Après avoir administré, sans amendement dans les symptômes, 500 gouttes de teinture et

(1) Thomassin, *Essai sur le tétanos traumatique*, thèse. Paris.
(2) Lenoir, *Union médicale,* 8 novembre 1849.
(3) Forget et Hergott, *Bulletin génér. de thérap.*, février 1849.
(4) Bargigly, *Union médicale*, septembre 1852.
(5) Baudon fils, *Bulletin génér. de thérap.*, 15 août 1851.
(6) Morisseau, *Ibid.*, 15 juillet 1851.
(7) Voy. t. II, PNEUMONIE.
(8) Ogden, *The London med. and surg. Journal*, 1836.

40 centigrammes d'extrait d'opium en vingt-quatre heures, ce médecin eut recours au tartre stibié, administré ainsi qu'il suit :

℞ Émétique	15 centigram.	Eau sucrée ou solution de sirop de gomme...............	1/2 verre.
Teinture d'opium....	50 gouttes.		

Prendre cette dose toutes les deux heures.

Bientôt l'amélioration devint évidente, et des évacuations alvines abondantes ayant été provoquées par l'administration de *quatre gouttes d'huile de croton tiglium*, le malade se rétablit promptement.

Mercuriaux. — Les préparations mercurielles ont été administrées tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Trnka accordait au mercure plus d'efficacité qu'à l'opium lui-même. Young conseillait de donner le *deutochlorure de mercure* à une dose aussi élevée que l'estomac peut le supporter, et il a cité, en faveur de ce traitement, l'exemple d'un enfant de douze ans chez lequel les convulsions tétaniques cessèrent aussitôt que se montra la salivation. Les *frictions mercurielles* ont été plus fréquemment employées ; elles ont été notamment mises en usage par M'Gregor (1) et par Forget (2). Ce dernier, après avoir mis inutilement en usage plusieurs des moyens précédents, eut recours à des frictions dans lesquelles on employait 30 grammes d'onguent mercuriel par jour, et le malade se rétablit.

Le *calomel* a été vanté par une multitude d'auteurs, parmi lesquels je signalerai Trnka, Monro, Stark, Pitschaft, Hildenbrand et Wendt (3). Ce dernier dit avoir employé ce médicament avec un succès constant.

Nous pouvons citer des relevés statistiques de Blizard Curling qui sont de nature à inspirer beaucoup de doutes sur l'efficacité des préparations mercurielles. Dans 31 cas où la maladie se termina par la mort, le mercure avait été administré seul onze fois, tandis que, dans 24 cas de guérison, deux fois seulement on s'était borné à faire exclusivement usage de cet agent thérapeutique.

Sudorifiques. — Les sudorifiques sont recommandés particulièrement dans les cas de tétanos spontané et lorsqu'on a quelque raison de penser que la maladie est due à la suppression de la transpiration. Trnka, Fournier-Pescay et Fritz ont cité des exemples de guérison par ce moyen. On prescrit, dans le but d'exciter la sueur, les *boissons chaudes et abondantes*, l'infusion de bourrache, de sureau, le *carbonate d'ammoniaque*, etc. A. Bérard et Denonvilliers recommandent particulièrement les *bains de vapeur*, en faveur desquels Campaignac (4) et Pétrequin (5) ont rapporté des exemples de guérison. Observons encore que ces exemples sont très-peu nombreux et qu'on a employé l'opium concurremment avec les bains de vapeur.

Alcalins. — Stütz (6) a recommandé un traitement particulier qui a été mis en usage en Allemagne par plusieurs praticiens.

1° Tous les jours un bain avec la *lessive de cendres ordnaires*, à laquelle on ajoute :

Potasse caustique .... de 30 à 60 gram.

(1) M'Gregor, *The Edinburgh med. and surg. Journal*, 1805.
(2) Forget, *Bulletin génér. de thérap.*, octobre 1836.
(3) Voy. *Journal compl. des sciences méd.*, t. XXIX.
(4) Campaignac, *Journal hebdom. de méd.*, Paris, 1829, t. V, p. 47.
(5) Pétrequin, *Bulletin génér. de thérap.*, 1836.
(6) Stütz, *Hufeland's Journal*, 1810.

2° Donner au malade la potion suivante :

℞ Eau distillée	150 gram.	Sirop de sucre	35 gram.
Carbonate de potasse	8 gram.		

Mêlez. A prendre en six fois dans la journée, à des intervalles égaux.

Le jour suivant, on met dans la potion 12 grammes de carbonate de potasse, et l'on peut élever la dose jusqu'à 16 grammes.

3° On administre concurremment l'*opium à haute dose*, en faisant alterner cette administration avec celle de la potion alcaline.

Ce traitement n'est pas simple. On y trouve un médicament dont l'efficacité est généralement admise : l'opium à haute dose ; comment dès lors savoir quelle est la part réelle des alcalins, dans les cas où on l'a employé ? Les faits de guérison qu'on a cités en faveur de cette médication ne sont pas de nature à dissiper les doutes.

Révulsifs. — Nombre d'auteurs, et en particulier ceux qui attribuent le tétanos à une affection de la moelle épinière, ont vivement conseillé les topiques irritants le long de la colonne vertébrale : ainsi les *vésicatoires*, les *frictions irritantes*, le *cautère objectif*. Ce dernier moyen a été mis en usage par le docteur Pochen. Ce médecin promenait, à une petite distance de la colonne vertébrale, depuis l'occiput jusqu'au sacrum, un *fer chaud*, et répétait cette manœuvre d'abord tous les quarts d'heure, puis à des intervalles plus grands.

Bains froids, affusions froides. — On a recommandé les bains froids dès une haute antiquité. Les médecins qui les ont mis en usage sont nombreux, et c'est presque exclusivement dans le tétanos spontané qu'on les a conseillés. Wright, pratiquant dans les Indes, a vu employer fréquemment ce moyen, que nous retrouvons dans presque toutes les affections nerveuses. Pour les bains froids et les affusions, on donne la préférence à l'eau de mer, quand la chose est possible. Après avoir plongé le malade dans l'eau, ou lui avoir jeté plusieurs seaux d'eau sur le corps, on doit l'essuyer promptement et le remettre dans un lit chaud, en ayant soin néanmoins qu'il soit modérément couvert. La même manœuvre doit être répétée au bout de trois ou quatre heures, jusqu'à ce que l'amendement des symptômes devienne notable. Ce qui vient jeter des doutes sur l'efficacité de ce traitement comme sur les précédents, c'est que, dans les cas où on l'a employé, on a eu presque toujours recours à de fortes doses d'opium, qui ont bien pu, par elles-mêmes, procurer l'amélioration ou la guérison qu'on a attribuée à l'action de l'eau froide sur le corps.

Remède des caraïbes. — [Malgré la bizarrerie du traitement, nous appellerons l'attention sur une pratique empirique qui, depuis un temps immémorial, jouit d'une grande faveur dans les colonies, et qui, d'après l'affirmation de médecins dignes de foi, aurait, entre leurs mains, donné des succès inespérés : nous voulons parler de l'emploi du *Ravet* ou *cancrelat* (*Blatta americana*). On fait frire, dans l'huile ou dans la graisse, quinze à vingt cancrelats de grande taille ; on les pile et on les incorpore à un looch blanc, qu'on administre, par cuillerée, de demi-heure en demi-heure. Cette potion, paraît-il, est prise sans trop de répugnance. En même temps, on maintient le malade dans une température très-élevée, et l'on couvre de

larges cataplasmes de fumier de cheval ou de vache, les parties qui sont le siége de contractions tétaniques. — L'emploi du cancrelat dans une affection aussi grave que le *tétanos spontané* semble, à priori, ridicule. Mais si l'on réfléchit que cet insecte peut contenir, comme la cantharide, par exemple, un principe actif soluble dans les corps gras, susceptible de déterminer des sueurs profuses; si l'on remarque que la haute température du milieu dans lequel on tient le malade et l'emploi des cataplasmes de fumier sur de larges surfaces ont pour but de favoriser la crise regardée comme favorable, on sera disposé à accueillir moins légèrement une méthode qui, d'ailleurs, n'offre pas d'inconvénient. A cette occasion, nous rappellerons qu'aux colonies, depuis bien des années, les graines de courge étaient un remède populaire contre le ténia, et il n'y a cependant que peu de temps que ce moyen est entré dans la pratique en Europe.]

Moyens divers. — On a eu recours à l'*acupuncture* (Delsignore), à l'*électricité* (Trnka, etc.), aux *toniques*, aux *ferrugineux*, à l'administration de l'*ammoniaque* (Fournier-Pescay), de la *teinture de cantharides* (Gilmore), de l'*arsenic* (Hull), de l'*huile de térébenthine* (Hutchinson, etc.), du baume du Pérou (Kolloch), des *purgatifs drastiques* (Wright, Boyer, Lawrence, etc., etc.), de l'*acide prussique*, du *zinc*, etc. Bishop (1) a rapporté un cas dans lequel le *sulfate de quinine*, administré à la dose de 75 centigrammes par jour, fit disparaître les symptômes d'un tétanos traumatique intense.

On trouve, dans les journaux allemands et anglais, un assez bon nombre de cas de tétanos traumatique guéris par le *hachisch*.

[Nous mentionnerons enfin le *curare*, introduit dans ces dernières années par le docteur Verga, dans la thérapeutique du tétanos, sous l'inspiration des résultats expérimentaux de Cl. Bernard. Malheureusement, les espérances qu'avait fait d'abord concevoir l'emploi de cet agent ne se sont pas soutenues (2).]

Régime. — Le tétanos essentiel n'étant pas une maladie ordinairement fébrile, on n'a généralement pas conseillé un *régime très-sévère.* C'est ainsi que, même alors que les symptômes convulsifs sont portés au plus haut degré, on accorde au malade des bouillons et même d'autres aliments liquides; cependant, dans la grande majorité des cas, on ne commence à nourrir le malade que lorsqu'il manifeste lui-même le désir de prendre des aliments, et assez souvent, ainsi que nous l'avons vu plus haut, on a de la peine à y parvenir.

Résumé. — Les cas les plus nombreux de guérison se sont montrés après l'administration de l'opium à haute dose, et c'est par conséquent cette substance qu'on doit placer en première ligne dans la médication interne.

Émissions sanguines; narcotiques; antispasmodiques; inhalations de chloroforme; tartre stibié à haute dose; mercuriaux; sudorifiques; alcalins; traitement de Stütz; révulsifs; bains froids; affusions froides; moyens divers; régime.

(1) Bishop, *New-York Journ. of med.*, et *Bulletin général de thérap.*, novembre 1849.
(2) Voy. *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, 1859; — et *Bulletin génér. de thérapeutique*, t. LII, p. 183; t. LVII, p. 274, 325, 372, 422, 478.

ARTICLE VI.

HYDROPHOBIE NON RABIQUE.

L'hydrophobie simple, ou non rabique, a été distinguée avec raison de l'hydrophobie rabique, ou rage. Non-seulement, en effet, cette dernière a une cause toute spéciale qui en fait une affection à part, mais encore, ainsi qu'on va le voir, il y a quelques signes qui servent à distinguer la simple hydrophobie de la rage, bien que dans quelques cas, le diagnostic présente de grandes difficultés. C'est pourquoi nous rangeons parmi les névroses simples l'hydrophobie non rabique, tandis que nous réservons pour une autre partie de cet ouvrage la description de la rage. (Voy. tome V.)

Chomel (1) reconnaît trois espèces d'hydrophobie : 1° la *simple horreur des liquides ;* 2° l'*hydrophobie symptomatique ;* 3° l'*hydrophobie rabiforme*, ou *rage spontanée*. Cette division doit être suivie.

1° **Simple horreur des liquides.** — La première espèce n'offre qu'un très-faible intérêt : car, ainsi que le fait remarquer Chomel, elle ne réclame aucun moyen actif de traitement. Il suffira, par conséquent, de dire que cette horreur des liquides, qui n'a rien de grave, est parfaitement compatible avec la santé, et que la circonstance la plus remarquable dans laquelle on l'a vue se développer est la *grossesse*.

2° **Hydrophobie symptomatique.** — La seconde espèce constitue un symptôme fort rare des diverses maladies. C'est surtout dans les *maladies fébriles graves* qu'elle se manifeste. Elle coïncide avec un délire violent, et l'on peut voir alors se produire d'autres symptômes de la rage, comme les convulsions, la constriction pharyngienne et le crachotement. Il s'y joint aussi quelquefois l'envie de mordre, comme dans l'hydrophobie rabiforme.

Ce symptôme indique toujours une très-grande gravité de la maladie principale, et la mort ne tarde pas à survenir. Nous avons vu à l'Hôtel-Dieu annexe un homme affecté de rhumatisme articulaire être pris tout à coup, sans qu'on pût en découvrir la cause dans la violence de la maladie ou dans l'intensité du mouvement fébrile, de *délire furieux*, d'*horreur des boissons*, de *sputation*, de *constriction* pharyngienne, et succomber en quelques heures.

« Le *traitement* de l'hydrophobie symptomatique, dit Chomel, est généralement subordonné à celui de l'affection à laquelle elle est liée. Il offre néanmoins une indication commune, celle d'*introduire dans l'économie, par d'autres voies, les substances médicamenteuses et nutritives* qui ne peuvent plus y être portées par la déglutition. En conséquence, les liquides et quelquefois les médicaments solides eux-mêmes doivent être *administrés en lavements, en bains, en fomentations, en cataplasmes*, quelques-uns pourraient même être *injectés dans les veines.* »

3° **Hydrophobie rabiforme.** — La troisième espèce, c'est-à-dire l'*hydrophobie rabiforme*, ou *rage spontanée*, est bien plus importante à étudier ; elle ressemble beaucoup à l'hydrophobie rabique, et le médecin peut être appelé pour des cas embarrassants.

(1) Chomel, *Dictionnaire de médecine*, t. XV, 1837.

C'est une affection rare ; elle a pour *causes* principales la *peur*, soit d'avoir été mordu par un chien enragé ou un hydrophobe, soit d'avoir contracté la rage en communiquant avec un individu affecté de cette maladie. Les vétérinaires ont reconnu chez le chien une espèce de rage qui ne se communique pas. Si une personne est mordue par un chien affecté de cette maladie, la terreur peut la rendre hydrophobe. Enfin l'hydrophobie rabiforme peut être causée par une grande *frayeur* qui n'a aucun rapport avec aucune espèce de rage. Nous en avons vu un exemple frappant dans le service de Louis, à la Pitié, chez une jeune fille qui, conduisant une charrette, avait failli écraser un enfant. Tous les symptômes de la rage se manifestèrent peu de jours après cette émotion vive. Viennent ensuite des causes moins importantes : la *suppression des menstrues* ou *d'un autre flux ;* la *morsure d'un animal furieux ;* la *chaleur*, le *froid*, etc.

L'hydophobie rabiforme a une incubation comme l'hydrophobie rabique ; mais il y a cela d'important à considérer, que tantôt elle se développe beaucoup plūs tôt que celle-ci (quelques heures après l'accident), et tantôt elle ne se manifeste qu'après plusieurs années et lorsqu'on ne peut plus raisonnablement attribuer la maladie au virus rabique, mais bien à l'influence de l'imagination frappée.

Le *début* est quelquefois subit ; d'autres fois il est précédé de symptômes nerveux plus ou moins alarmants, tels que la tristesse, l'inquiétude, les cauchemars, les frayeurs, les pendiculations. On peut aussi ranger parmi ces *symptômes précurseurs* divers troubles de la digestion.

Symptômes. — Le premier *symptôme* caractéristique est l'*horreur des liquides*, un sentiment pénible au *contact de l'air frais*, à la *vue des corps brillants ;* en même temps se montrent la *constriction de la gorge*, la *sputation*, les *convulsions*, la *perte de l'appétit*, en un mot les symptômes propres à la rage (voy. HYDROPHOBIE RABIQUE). Il faut ajouter que plusieurs malades manifestent des *envies de mordre*, et mordent même les personnes qui leur donnent des soins. Nous verrons plus loin quelle est la valeur de ce signe.

Dans quelques cas il n'y a qu'une simple horreur des liquides avec tristesse plus ou moins grande : c'est l'hydrophobie dans sa plus simple expression. Dans d'autres cas, les prodromes existent seuls.

L'hydrophobie rabiforme peut être de très-courte *durée* (quelques heures) ou se prolònger fort longtemps (plusieurs années). Cette *durée* est importante à constater, parce qu'on n'observe pas ces deux extrêmes dans l'hydrophobie rabique.

L'hydrophobie rabiforme se *termine* souvent par la guérison. C'est là une différence capitale entre elle et la rage, et l'on doit admettre, avec Chomel, que les cas de guérison qu'on a cités appartiennent à cette hydrophobie spontanée ; car de tous ceux où il a été bien démontré que la rage avait été communiquée par un animal, il n'en est pas un seul qui ne se soit pas terminé par la mort.

Il n'est pas de lésion anatomique qu'on puisse attribuer à l'hydrophobie rabiforme.

La seule affection avec laquelle on puisse confondre cette hydrophobie est la *rage*. Le premier élément du *diagnostic* se trouve évidemment dans l'existence ou l'absence de la cicatrice résultant d'une morsure. S'il en existe une, c'est une présomption en faveur de la rage, mais ce n'est pas encore une certitude, car l'animal pouvait être simplement irrité, et non enragé. Il faut examiner la cicatrice,

car nous verrons que, dans la rage, il arrive quelquefois que cette cicatrice présente quelques caractères importants (1). En l'absence de ces caractères, la difficulté est grande; cependant on peut arriver au diagnostic en ayant égard aux circonstances suivantes : L'hydrophobie s'est-elle déclarée au bout de quelques heures ou de peu de jours, on a des présomptions en faveur de l'hydrophobie rabiforme; ne s'est-elle déclarée qu'au bout d'un très-long temps (plusieurs mois, un an, plusieurs années), on a des motifs de poser les mêmes conclusions. Le délire, la fièvre, l'envie de mordre, appartiennent à l'hydrophobie rabiforme. Enfin, si la maladie dure très-longtemps, on doit admettre l'existence de cette dernière affection, car la rage se termine par la mort, du troisième au cinquième jour.

La guérison, avons-nous dit, est assez fréquente; mais il faut ajouter que, de leur côté, les cas de mort ne sont pas très-rares, en sorte que le *pronostic* ne manque pas de gravité. La grande intensité des symptômes est le seul signe auquel on reconnaisse cette gravité.

Il n'est pas un seul fait à l'abri de toute critique qui démontre la contagion de cette maladie.

Le *traitement* doit être divisé en moral et en physique. Le *traitement moral* consiste à démontrer, si l'on peut, à l'individu mordu, que le chien est bien portant. Si on ne le peut pas, il faut mettre en usage le traitement préventif de la rage, dans le cas où le sujet n'a encore que des prodromes. Si le malade a foi dans certaines pratiques, s'il croit à l'efficacité de quelque traitement empirique, il faut bien se garder de le détourner d'y recourir. Enfin, s'il ne reste d'autres moyens que le raisonnement, il faut citer des faits et chercher tous les moyens de conviction qui peuvent paraître efficaces, suivant l'état social et le caractère de l'individu.

Le *traitement physique* est uniquement dirigé contre les symptômes; c'est en dire assez, car il s'ensuit que la pléthore doit être combattue par les *émissions sanguines;* que les accidents nerveux exigent les *antispasmodiques*, etc., etc. Il est à peine utile d'ajouter que les médicaments doivent être assez souvent introduits par le rectum, car la déglutition peut être impossible. Les *bains* prolongés ont été souvent utiles.

ARTICLE VII.

PARALYSIES PARTIELLES DIVERSES.

1° PARALYSIE DE LA TROISIÈME PAIRE.

[Le nerf de la troisième paire, ou oculo-moteur commun, naît des pédoncules cérébraux et va se distribuer à tous les muscles de l'œil, sauf le droit externe et le grand oblique, c'est-à-dire aux muscles droit supérieur, droit inférieur, droit interne, petit oblique et releveur de la paupière supérieure; il fournit en outre, par l'intermédiaire du ganglion ophthalmique, les nerfs ciliaires qui vont à l'iris. Il résulte de là que toutes les fois que l'action de ce nerf est suspendue ou supprimée par une cause quelconque, la paupière supérieure ne peut plus être relevée; l'œil est entraîné en dehors, parce que le muscle droit interne ne fait plus équilibre au droit externe, et la pupille demeure dilatée et immobile.

(1) Voy. tome V, article RAGE.

En ce qui concerne la dilatation de l'iris et le rôle que joue la racine fournie au ganglion ophthalmique par le nerf de la troisième paire, les théories physiologiques diffèrent notablement : c'est ainsi que, d'après Arnold, cette racine est motrice, et donne par conséquent le mouvement à l'iris, qui se dilate si cette racine est coupée ou comprimée. Voici, à cet égard, l'opinion de Claude Bernard et de Tardieu (1) :

« Si l'on pratique sur un animal vivant la section du nerf oculo-moteur commun dans le crâne, on voit que le globe de l'œil est projeté en avant, dévié et tourné en dehors, et que la pupille est plus dilatée que celle du côté opposé. Néanmoins, après et même longtemps après la section du nerf, l'iris ne cesse pas de subir l'influence de la belladone, et la pupille continue de se dilater, en obéissant à l'action du médicament. On a faussement attribué cette persistance de la dilatabilité de la pupille, après la section de la troisième paire, à l'existence de deux ordres de nerfs pour les mouvements de l'iris (Ruete), les uns présidant au resserrement (troisième paire), les autres à la dilatation (grand sympathique) ; car, lorsque le tronc nerveux a été reséqué, on s'assure que l'action de la lumière ou l'irritation du bout périphérique du nerf oculo-moteur commun divisé ne détermine pas de mouvement apparent dans l'iris, tandis que le pincement de la branche ophthalmique de la cinquième paire produit un rétrécissement et une constriction très-énergiques dans la pupille. Mais cette dilatation et cette apparente immobilité de la pupille, qui ne s'expliquent pas par la paralysie de la troisième paire, peuvent être l'effet du relâchement des muscles de l'œil et du changement qui en résulte dans l'état statique de l'organe visuel. On sait que, pour que le resserrement de la pupille puisse s'effectuer, il faut que les muscles droits entraînent le globe de l'œil en arrière et en dedans (Müller). Or, dans la paralysie du nerf moteur oculaire commun, le globe se trouve dans des conditions tout à fait opposées. Et cette explication de la dilatation de la pupille est tellement juste, que la section des muscles de l'œil qu'anime la troisième paire amène dans l'état de l'iris les mêmes manifestations, quoique, dans ce cas, on n'ait nullement intéressé la prétendue racine motrice. Enfin, même lorsqu'il y a paralysie, si l'on porte mécaniquement l'œil en dedans et en arrière, et qu'on projette une lumière vive sur la rétine, on opère un resserrement de l'iris. »

Quoi qu'il en soit de ces explications plus ou moins satisfaisantes, la paralysie de la troisième paire est une maladie fréquente due à différentes causes, tantôt symptomatique, d'autres fois réputée idiopathique, et qui se reconnaît aux caractères suivants :

Lorsque la maladie atteint son maximum d'intensité, il y a chute de la paupière supérieure, qui ne peut absolument pas se relever, tandis que, grâce au muscle orbiculaire demeuré intact, les paupières peuvent se fermer énergiquement; il résulte de là que le malade, lorsqu'il veut regarder avec les deux yeux, est obligé de renverser la tête en arrière, ou de relever avec sa main la paupière abaissée. En outre, l'œil est dévié très-notablement en dehors; ce strabisme, qui est toujours très-marqué, s'accompagne de l'immobilité de l'œil, qui ne peut pas être ramené en dedans et cesse de suivre les mouvements de l'œil du côté opposé. On remarque

(1) Tardieu, *Manuel de pathologie et de clinique médicales*, 3e édition.

également la projection de cet œil en avant, et, de plus, la dilatation et l'immobilité de la pupille. Il existe souvent, en pareil cas, de la diplopie, surtout lorsque le malade regarde avec les deux yeux. Il est rare, dit Tardieu, que les mouvements du globe de l'œil soient complétement abolis; il ne peut être porté ni en dedans, ni en haut, ni en bas; mais quand on ordonne un de ces mouvements, l'œil est ramené fixement à une position moyenne : il regarde directement en avant. Si l'on invite le malade à diriger le regard en dehors, le strabisme est augmenté par une contraction plus forte du droit externe; en dedans l'extrême divergence cesse; le globe oculaire revient un peu en avant, sans pouvoir dépasser toutefois la ligne médiane. En bas, l'œil ne bouge pas, mais instinctivement le malade baisse la tête; le strabisme est un peu augmenté. En haut alors il se fait une légère élévation du globe oculaire par un mouvement complexe qui le porte, non pas en haut, mais en dehors. La pupille se dilate encore sous l'influence de la belladone, et se resserre un peu sous l'influence d'une lumière vive.

Il est des cas où la maladie n'est pas portée à son degré le plus élevé, et où quelques-uns des signes que nous venons d'indiquer manquent ou sont moins nettement accusés. De tous les signes, celui qui fait le moins défaut, c'est la chute de la paupière supérieure, tandis que le strabisme peut être à peine sensible. La dilatation de la pupille peut aussi manquer ou être peu marquée.

[« Le ganglion ophthalmique frappé à son tour, à cause de la souffrance du filet nerveux qui aboutit à son angle postérieur et inférieur, la communique aux nerfs ciliaires, qui se répandent dans l'iris, d'où l'inertie de ce diaphragme (*iridoplégie*) et la dilatation de la pupille (*mydriase*) (1). » Quelques malades ont la sensation que l'œil va sortir de l'orbite.]

Quelle que soit la cause qui ait produit ou qui entretienne la paralysie de l'oculo-moteur commun, ces signes ne peuvent varier : il n'y a pas de variation possible quant au siége, quant à la distribution des rameaux nerveux; mais il peut y en avoir quant au nombre des organes affectés, quant à l'intensité de la paralysie, quant à la persistance de la maladie. S'il ne s'agit que d'une paralysie due à l'action du froid, l'intensité de la maladie et sa durée peuvent être médiocres; il n'en sera pas de même si la maladie résulte d'une lésion organique ayant son siége dans l'intérieur de la boîte crânienne. On voit, en pareil cas, des complications graves qui ne laissent point de doute sur la vraie nature du mal. La névralgie de la cinquième paire accompagne rarement la paralysie de la troisième; il est plus commun d'observer l'anesthésie des parties voisines.

Le mode d'apparition de cette maladie est variable : tantôt les progrès du mal ont lieu peu à peu, et l'accroissement se fait en un ou deux jours, ou même davantage. Dans d'autres cas, la maladie est subite, et le malade s'en aperçoit par hasard en se regardant dans une glace, ou en est averti par d'autres personnes; c'est de la même façon que se passent les choses dans la paralysie du nerf facial.

§ I. — Causes.

L'action du froid paraît devoir être considérée comme jouant un rôle assez con-

(1) Deval, *Traité des maladies des yeux*. 1862, p. 748.

sidérable. Les coups, les chutes, toutes les violences portant sur la région orbito-oculaire peuvent produire cette maladie. Une congestion cérébrale est souvent la cause de cette paralysie, soit que cette congestion ait les caractères d'une affection sérieuse et persistante du cerveau, comme est celle qui précède les hémorrhagies ou les ramollissements du cerveau, soit qu'elle ne soit que l'effet d'une grande tension d'esprit, d'une fatigue des organes des sens, surtout des yeux : c'est ainsi que la paralysie de la troisième paire survient assez fréquemment chez certaines ouvrières, brodeuses, bordeuses de souliers, corsetières, chez des employés, des écrivains, et dans les professions qui exigent un travail de tête assidu (1).

[A la suite d'une affection intracrânienne, la paralysie peut se montrer soit immédiatement, soit tardivement. Si toutes les parties auxquelles se rend le nerf de la troisième paire sont paralysées à la fois, il est plus que probable que la maladie du nerf existe à son origine ou tout à fait dans son voisinage. La syphilis donne lieu à cette paralysie : Zambaco (2), Gros et Lancereaux (3) en ont rapporté plusieurs exemples ; Hérard (4) a observé un cas dans lequel la paralysie de la troisième paire était occasionnée par une tumeur gommeuse siégeant sur la selle turcique. Curling l'observa à la suite d'un accès d'épilepsie ; Caron du Villars à la suite d'une épidémie de typhus ; Malherbe (de Nantes) à la suite d'un abcès enkysté dans le lobe moyen de l'hémisphère droit du cerveau ; Ch. Hare, à la suite d'un anévrysme de l'artère communicante cérébrale postérieure ; Stiebel, à la suite d'une apoplexie du pédoncule cérébral. On l'observe encore à la suite d'une transpiration des pieds brusquement supprimée ; à la suite d'une suppression trop rapide de dartres chroniques. Mérat et Requin la rencontrèrent chez des sujets travaillant au blanc de plomb.]

§ II. — Diagnostic, pronostic.

On ne peut confondre cette maladie ni avec la blépharoptose, ni avec le strabisme divergent tenant à une rétraction musculaire ou fibreuse, ni avec la paralysie de la face, dont les signes sont si différents, puisque, en pareil cas, l'œil n'est point dévié et les paupières sont écartées et ne peuvent se fermer par suite de l'inertie de l'orbiculaire. Quant à la nature de la maladie et à sa cause, c'est par la marche et les complications qu'on en jugera. Il n'existe point de paralysie isolée de la troisième paire, par le fait d'une affection cérébrale ou méningée : ce symptôme, en pareil cas, est toujours accompagné d'autres symptômes de paralysie, d'hyperesthésie, de convulsions, de névralgies, etc., etc.

Pronostic.—Le pronostic est grave lorsque la maladie est symptomatique d'une affection des centres nerveux, et doit se régler sur le pronostic de cette affection elle-même. S'il y a eu coup, chute, lésion traumatique, il y a lieu à craindre la persistance de la paralysie de la troisième paire, et rien ne peut en faire déterminer la durée ; lorsque, au contraire, c'est à une congestion passagère ou à l'action du froid, à une influence rhumatismale [à une suppression de transpiration, à une diathèse dartreuse, à la syphilis, à l'intoxication saturnine], qu'elle est due, il y a lieu d'espérer que sa durée sera peu considérable ; cependant, même en pareil cas,

(1) Magne, *Hygiène de la vue*, 4e édit. Paris, 1866.
(2) Zambaco, *Des affections nerv. syphilitiques*, 1862, p. 154.
(3) Gros et Lancereaux, *id.*, p. 268.
(4) Hérard, *Union médicale*, février 1858.

le pronostic doit être réservé, attendu que de nombreux exemples prouvent que la paralysie peut persister au moins partiellement, surtout à la paupière supérieure.

§ III. — Traitement.

[Le traitement est variable et subordonné à la cause qui a produit la paralysie. Si l'affection est de nature congestive ou rhumatismale, on emploiera les antiphlogistiques, les émissions sanguines locales ou générales, selon les circonstances. On aura aussi recours aux révulsifs cutanés, aux vésicatoires appliqués autour de l'orbite, derrière les oreilles. Conjointement, on prescrira les purgatifs et surtout le calomel, que Wharton-Jones (1) administre jusqu'à la salivation. Si la cause réside dans une transpiration arrêtée, dans une dartre supprimée, on conseillera les sudorifiques, les purgatifs; on appliquera des vésicatoires sur le siége de la paralysie, dans le voisinage de la dartre. Les mercuriaux, l'iodure de potassium sont indiqués s'il existe un vice syphilitique; les purgatifs s'il existe une intoxication saturnine.

La chute de la paupière sera combattue par les excitants, l'huile de térébenthine, la solution alcoolique de strychnine, l'électricité, les frictions avec l'huile de croton, la pommade stibiée, les vésicatoires ammoniacaux. Deval appliquait la pommade ammoniacale sur la région sourcilière et sur les paupières.] Saint-Martin, de Niort (2), a guéri une paralysie de la paupière droite, paralysie rhumatismale, selon toute apparence, à l'aide des *inoculations de strychnine*, pratiquées de la manière suivante : On prend 2 centigrammes de strychnine, qu'on réduit en pâte molle, avec une très-petite quantité d'eau, et l'on use cette pâte en l'introduisant sous l'épiderme avec une lancette ordinaire.

[Quant au traitement du strabisme, il est du domaine de la chirurgie.]

2° PARALYSIE DE LA SIXIÈME PAIRE.

La paralysie du nerf moteur oculaire externe a été quelquefois observée seule; nous en avons vu un cas très-remarquable. Après une chute sur la face et le front, un gonflement considérable tint les yeux fermés pendant quelques jours, et, dès qu'ils purent s'ouvrir, on put voir les deux yeux entièrement tournés vers l'*angle interne* (*strabisme convergent*). Le globe oculaire pouvait se mouvoir de bas en haut et de haut en bas, mais tout mouvement en dehors était impossible. Après un traitement dirigé par Roux, un des deux yeux reprit tous ses mouvements; mais l'autre est resté exactement dans le même état, et l'accident est arrivé il y a plus de dix ans.

Quelquefois cette paralysie survient spontanément. Jobert (3) en cite un exemple remarquable. Des maux de tête de longue durée, la coarctation des paupières, le larmoiement et même la surdité, ce qui prouve que la maladie était compliquée, avaient précédé la paralysie du nerf moteur oculaire externe. [La fixité prolongée du regard à travers une lorgnette, un retard menstruel, une suppression hémorrhoïdale, l'action d'un courant d'air, une affection vénérienne, ont aussi donné lieu à cette paralysie (4). On l'a vue survenir à la suite de coups de poings, de chute.] Tout porte

(1) Wharton-Jones, *Maladies des yeux*, trad. par Foucher. Paris, 1862, p. 595.
(2) Saint-Martin, *Bulletin général de thérapeutique*, 1849.
(3) Jobert, *loc. cit.*, p. 697.
(4) Badin (d'Urtebise), *De la paralysie du nerf moteur oculaire externe* (sixième paire), thèse inaugurale. Paris, 9 février 1849.

à croire que les causes de cette paralysie sont les mêmes que celles de la précédente. Dans le cas cité, il y a eu sans doute ébranlement des racines du nerf, et peut-être déchirure d'un côté.

Comme pour la paralysie de la cinquième paire, on a préconisé contre celle qui nous occupe le même traitement que pour la *paralysie du nerf facial*. [Dans ce cas, on peut avoir recours à la cautérisation conjonctivale vers l'angle externe de l'œil. Deval (1) rapporte plusieurs guérisons par ce procédé.]

3° PARALYSIE DU MUSCLE GRAND DENTELÉ (2).

[Cette affection donne lieu à des signes caractéristiques même dès le début, et que Duchenne père, de Boulogne (3), a ainsi décrits : « En faisant porter un peu en dehors les bras d'un sujet dont on explore les muscles de l'épaule, si l'on voit saillir de 1 à 3 centimètres le bord spinal du scapulum, et qu'en même temps l'angle inférieur de cet os se porte un peu moins en avant que du côté opposé, on peut être certain que le grand dentelé commence à s'atrophier ou à se paralyser, bien que l'élévation verticale se fasse encore normalement. » A un degré plus avancé, les signes sont plus manifestes : on fait écarter les bras du tronc et alors l'omoplate exécute deux mouvements (fig. 10) : l'un par lequel le bord spinal B s'éloigne des parois costales ; l'autre, un mouvement de bascule, par lequel l'angle inférieur A s'élève en se rapprochant de la ligne médiane, pendant que l'angle externe D est déprimé. L'omoplate semble se détacher peu à peu du thorax et soulève la peau, surtout à l'angle inférieur. Il est important de maintenir pendant quelque temps le malade dans cette position pour que les symptômes ci-dessus soient manifestes, car on n'en observe aucun quand les bras sont pendants sur les côtés du tronc.

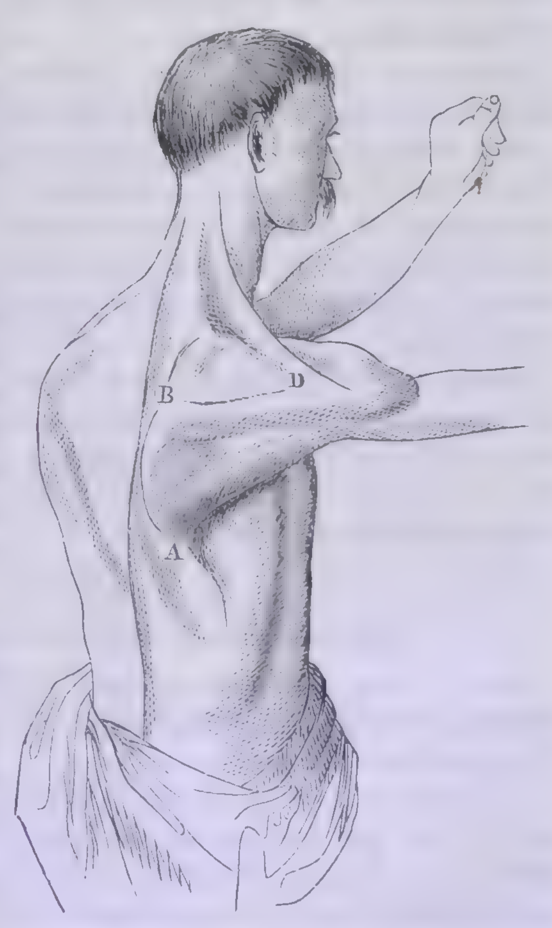


Fig. 10. — Mouvement de l'omoplate pendant l'élévation du bras, par l'action isolée du deltoïde, soit sous l'influence de l'excitation électrique de ce muscle, soit volontairement dans la paralysie du grand dentelé.

Quoique rare, cette maladie ne l'est pas autant que nous le disions dans notre dernière édition ; elle n'est pas non plus aussi fréquente que semblent le faire supposer des observations où l'on a confondu la paralysie du grand dentelé avec la paralysie ou l'atrophie d'autres fais-

(1) Deval, *ouv. cité*, p. 757.
(2) On consultera avec intérêt la thèse inaugurale du docteur Cyrille Desnos, *De la paralysie du muscle grand dentelé*. Paris, 1845, 18 juin, n° 91.
(3) Duchenne (de Boulogne), *De l'électricité localisée*. 1861, p. 767.

ceaux musculaires. Nous en avons relaté un cas double dans les précédentes éditions; Gendrin (1) en a rapporté un autre dans sa traduction d'Abercrombie; Duchenne, de Boulogne (2), en a cité quelques-uns dans son livre sur l'électricité localisée; Jarjavay (3) en a observé un cas en 1864, à l'hôpital Saint-Antoine, un autre en 1865, à Beaujon.

Les symptômes que nous avons donnés sont caractéristiques et empêcheront toute erreur de *diagnostic*. On se convaincra en effet que le deltoïde n'est pas paralysé en fixant solidement le scapulum avec la main : alors le bras peut se lever, ce qui n'aurait pas lieu si le deltoïde était paralysé. La confusion n'est pas possible avec une déviation de la colonne vertébrale.

Cette paralysie n'est pas douloureuse; elle gêne très-peu les mouvements du bras; mais elle occasionne une difformité passagère dans certains mouvements.

Si la paralysie persiste pendant longtemps, elle peut donner lieu à l'atrophie musculaire dont les symptômes sont les mêmes, mais dont la guérison est plus difficile à obtenir.

Cette paralysie reconnaît pour causes : l'influence du froid, le rhumatisme, les chutes, les coups, la syphilis, etc. Quelquefois la cause est inconnue.

Le *traitement* consiste dans l'emploi de l'électricité. On applique l'un des pôles du courant électrique sur les insertions costales du muscle, l'autre tout près du bord spinal de l'omoplate. On renouvelle deux ou trois fois par jour l'application de l'électricité; et la guérison est obtenue en quelques semaines dans la majorité des cas. Trois semaines ont suffi aux malades de Jarjavay. On y joindra les frictions stimulantes.]

Enfin, nous pourrions signaler quelques autres paralysies partielles; mais comme presque toutes surviennent à la suite soit d'un rhumatisme, soit d'une autre affection, et qu'elles ne sont que secondaires; comme, d'un autre côté, nous n'avons sur elles que les renseignements les moins précis, il n'y aurait pas grand avantage à nous étendre sur ce sujet.

ARTICLE VIII.

PARALYSIE DE LA SEPTIÈME PAIRE (*hémiphégie faciale*).

Nous n'avons pas à nous occuper de l'hémiplégie faciale symptomatique d'une affection cérébrale. Il ne s'agit ici que de la paralysie essentielle ou de celle qui est due à une lésion du nerf.

La paralysie de la face est une maladie dont les signes sont trop évidents pour qu'elle n'ait pas été connue très-anciennement. En effet, on a trouvé dans Rhazès (4), Albucasis (5), Arétée (6), et plus tard dans Forestus (7), des passages qui peuvent se rapporter à cette maladie. Mais, avant Charles Bell (8), on ne pouvait guère se faire une juste idée de la cause de la maladie et de certains phénomènes qui devaient paraître singuliers. Les recherches de Bellingeri n'étaient pas de nature

(1) Gendrin, *Traduction d'Abercrombie*.
(2) Duchenne (de Boulogne), *Ouv. cité*, p. 768.
(3) Jarjavay, Communication écrite.
(4) Rhazès, *Continens*. lib. I.
(5) Albucasis, *Chirurgia*, part. I, cap. 7.
(6) Arétée, *De signis et causis diut.*, lib. II.
(7) Forestus, *Opera omnia medica*, t. I.
(8) Ch. Bell, *Expos. du syst. natur. des nerfs*, etc., trad. de M. Genest. Paris, 1825.

à éclairer ce point difficile, puisque cet auteur, prenant le nerf facial pour un nerf de sentiment, il lui était impossible d'expliquer les symptômes de la maladie; toutefois Duchenne (de Boulogne) a, par des expériences électro-physiologiques (1), fait voir que tout n'était pas inexact dans ce qu'avait avancé Bellingeri.

Les recherches de Ch. Bell une fois connues, les travaux sur l'hémiplégie de la face se multiplièrent. Nous citerons ceux de Descot (2), Pichonnière (3), Montault (4), Bottu-Desmortiers (5), Bérard (6), Jobert (7), et Landouzy (8).

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Sous le nom de *paralysie de la face*, on décrit non-seulement celle qui est due à une altération de la septième paire, mais encore celle de la cinquième. Le titre que nous avons donné à cet article prouve que nous n'entendons nous occuper ici que de la première de ces affections, de celle qui consiste dans l'abolition du mouvement des muscles de la face.

Cette affection a été désignée par les noms de *oris distortio* (Forestus), de *paralysie de la face*, d'*hémiplégie faciale*, de *paralysie partielle de la face*. Ces dénominations pourraient induire en erreur sur la nature de la maladie dont il s'agit. La paralysie de la face comprend, en effet, la paralysie du sentiment due à une affection de la cinquième paire, et l'hémiplégie faciale se retrouve dans les affections cérébrales. Le nom de *paralysie de la septième paire* n'est sans doute pas exempt de reproches, puisque ce sont les muscles et non le nerf qui sont paralysés; mais, comme cette dénomination fait connaître très-clairement l'affection dont il s'agit, c'est celle que nous croyons devoir adopter, à l'exemple de la plupart des auteurs récents.

Sans être très-fréquente, la paralysie de la septième paire est loin d'être une maladie rare. Il n'ait guère de médecins qui n'aient eu occasion de l'observer.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.*—*Age.*— « Sur trente-deux individus dont l'âge a été noté, cinq, disent Monneret et Fleury (9), avaient de sept à vingt ans; dix-sept, de vingt à quarante ; dix, de quarante à soixante-quatre ans. » Un exemple de paralysie de la face a été observé *chez un enfant de dix-sept mois*, à l'hôpital Necker, et dû à une carie du rocher gauche (10).

Sexe. — Les mêmes auteurs ajoutent : « Kluyskens avait remarqué que les

(1) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique.* Paris, 1855; 2e édit., Paris, 1861, p. 650.
(2) Descot, *Dissert. sur les affections locales des nerfs.* Paris, 1825.
(3) Pichonnière, *De la paralysie partielle de la face.* Paris, 1830.
(4) Montault, *Dissertation sur l'hémiplégie faciale, ou perte du mouvement et de l'expression de l'un des côtés du visage par la lésion de la septième paire des nerfs*, thèse. Paris, 1831, n° 300.
(5) Bottu-Desmortiers, *Recherches sur quelques altérations locales du nerf facial, la paralysie qu'elles occasionnent*, thèse. Paris, 1834, n° 365.
(6) Bérard, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, t. II, et *Dictionnaire de médecine*, art. FACE (*Paralysie de la*).
(7) Jobert, *Études sur le système nerveux.* Paris, 1838.
(8) Landouzy, *Hémiplégie faciale* (*Bulletin de l'Académie de médecine.* Paris, 1851, t. XVI, p. 376).
(9) *Compendium de médecine*, t. III, p. 624.
(10) *Paralysie de la face chez un enfant à la mamelle; carie du rocher* (*Bullet. de thérap.*, janvier 1847, t. XXXII, p. 63).

hommes y étaient plus exposés que les femmes, Montault a, en effet, trouvé trente-trois hommes sur quarante cas. »

Dans quelques cas, on a remarqué que les malades avaient éprouvé des *douleurs rhumatismales* de longue durée avant l'invasion de la paralysie; d'autres avaient eu des symptômes de *syphilis*, et, dans quelques cas, le traitement antivénérien avait paru réussir.

En outre, l'impression du froid étant une des principales causes occasionnelles que nous allons avoir à signaler, il est présumable que c'est dans les *saisons* et les *climats froids* que, toutes choses égales d'ailleurs, on doit rencontrer le plus grand nombre d'exemples de cette affection; mais ce sont là des données bien vagues et bien insuffisantes.

Nous avons vu plusieurs exemples de cette affection chez des sujets *anémiques.*

2° *Causes occasionnelles.* — *Action du froid.* — Nous ne mentionnerons pas ici en particulier les divers faits rapportés par Frank, Montault, Bérard, etc., et dans lesquels l'action du froid a été frappante; nous nous contenterons de citer le résultat suivant obtenu par les auteurs du *Compendium.* Sur soixante-neuf cas, ils ont noté dix-neuf fois (plus du quart) l'impression du froid ou la suppression de la transpiration. L'action du froid dans les maladies est étudiée généralement d'une manière si peu précise, qu'on peut très-bien penser que, dans quelques-uns de ces faits, l'existence de la cause n'a pas été très-rigoureusement constatée; mais ce résultat numérique, rapproché des faits mentionnés plus haut, et dans lesquels la maladie est survenue immédiatement après l'action du froid sur le côté malade, n'en n'a pas moins une très-grande valeur.

Sur le même nombre de faits, les auteurs que nous citons ont noté quatre fois une *impression morale*, une fois la *suppression des règles*, trois fois la *rétrocession des dartres*, une fois la *suppression d'un coryza périodique.*

Les autres causes sont traumatiques ou la conséquence d'une lésion voisine du nerf : ainsi, sur les soixante-neuf cas dont il s'agit, onze fois *le nerf avait été divisé* soit par une opération, soit par un accident; cinq fois il y avait eu un *abcès des parties avoisinant le nerf;* quatre fois une *contusion* du côté affecté; une fois un gonflement de la joue par suite d'une *stomatite mercurielle.* Landouzy a rapporté quatre cas observés chez les nouveau-nés, et dans lesquels la paralysie était due à la *contusion du nerf par le forceps.* Vernois (1) avait auparavant cité un cas semblable. La paralysie de la face à la suite de l'application du forceps, dans les accouchements difficiles, avait déjà été signalée par quelques auteurs allemands; mais tout porte à croire, ainsi que le fait remarquer Landouzy, que ces auteurs avaient méconnu la véritable cause de la maladie, et croyaient avoir affaire à une lésion cérébrale.

Dans douze cas la cause était *inconnue.*

3° *Conditions organiques.* — D'après ce que nous venons de dire relativement aux causes occasionnelles, les conditions organiques dans lesquelles se trouve le nerf affecté sont faciles à déterminer. Que le nerf soit divisé, qu'il soit comprimé par une tumeur, qu'il ait été ramolli et en partie détruit par une inflammation, l'influx nerveux ne peut plus avoir lieu, et de là la paralysie. Quelquefois on a

(1) Max Vernois, *Études physiologiques et cliniques pour servir à l'histoire des bruits des artères.* Paris, 1837.

trouvé une tumeur encéphaloïde ou autre dans le cerveau. En pareil cas, il est plus probable que les racines du nerf ont été atteintes. Landouzy pense que l'influx nerveux était arrêté par une condensation de la partie du nerf comprimé; mais c'est ce qui aurait besoin d'être vérifié.

Quant aux causes particulières qui mettent le nerf dans ces conditions, tout ce qui peut porter atteinte à l'intégrité de son tissu (extension de l'inflammation dans l'otite aiguë, carie du rocher, etc.), tout ce qui peut le détruire, le lacérer, le comprimer, aura pour résultat de produire la paralysie dans le côté de la face où se rendent ses rameaux.

Mais il est un assez bon nombre de cas dans lesquels il est impossible de savoir quelle cause a pu suspendre l'influx nerveux : ce sont ceux qui reconnaissent pour cause l'action du froid, la suppression d'un flux, etc., ou qui ne peuvent être rapportés à une cause appréciable.

§ III. — Symptômes.

La paralysie de la septième paire présentant quelques différences, suivant qu'on la considère chez l'adulte ou chez le nouveau-né, nous la décrirons telle qu'on l'observe chez le premier, et ensuite chez le nouveau-né.

1° **Paralysie de la septième paire chez l'adulte.** — *Début.* — Le début est variable, suivant les cas. Lorsque la maladie reconnaît pour cause une lésion traumatique qui a détruit brusquement le nerf, la paralysie se manifeste immédiatement; s'il s'agit d'une affection à marche lente, comme une tumeur voisine du nerf, la carie du rocher, la paralysie peut elle-même se produire avec lenteur, et ce n'est qu'après avoir éprouvé, pendant un temps variable, une gêne croissante dans les muscles de la face que le malade se sent complétement paralysé d'un côté de cette partie du corps. Enfin, dans les cas où la maladie n'est pas produite par une lésion matérielle évidente, lorsqu'elle se manifeste après l'impression du froid, par exemple, le début varie dans les différents cas. Quelquefois il est très-rapide. On a vu des sujets se réveiller complétement paralysés d'un côté de la face sans avoir rien éprouvé avant leur sommeil. Dans les cas où la maladie reconnaît pour cause une impression morale, l'apparition de la maladie peut être subite; il n'est pas rare néanmoins de voir cette affection, lorsqu'elle est idiopathique ou essentielle, débuter par une douleur sourde dans les parties qui vont être paralysées, par un peu de céphalalgie, par un malaise général que les malades ne savent à quoi rapporter, puis la paralysie se produire plus ou moins rapidement.

Symptômes. — La douleur n'est pas un symptôme qui appartienne à la maladie confirmée. On a cité quelques cas dans lesquels, pendant les premiers temps, il y a eu des douleurs assez vives dans le nerf affecté; mais ces douleurs ont fini par disparaître, et ce n'est que dans les cas de complication qu'elles ont pu persister. En effet, la *névralgie trifaciale* peut très-bien compliquer la paralysie; mais ce sont là des cas exceptionnels.

La *sensibilité* n'a subi d'ailleurs aucune altération, du moins dans le plus grand nombre des cas; car on a cité, chez quelques sujets, une certaine obtusion de cette fonction, mais qui n'était jamais très-considérable, et, sous ce rapport, nous devons encore prémunir contre une erreur possible, celle d'attribuer au nerf facial le résultat de la paralysie du nerf trifacial dans les cas compliqués.

La perte du *mouvement* est le principal et presque l'unique symptôme. Bérard a donné une description très-bien faite de l'état de la face qui en résulte.

Les mouvements, très-légers chez l'homme, du pavillon de l'*oreille*, sont anéantis; le côté du *front* affecté ne présente plus de rides transversales; le sourcil reste pendant et ne se rapproche plus de celui du côté opposé. Le muscle orbiculaire des paupières ne se contractant plus, l'*œil* reste ouvert et la paupière inférieure est un peu renversée au dehors. Cet organe paraît quelquefois saillant. « L'œil, dit Bérard, n'étant plus protégé par les paupières ni lubrifié par les larmes, s'irrite, se sèche; la conjonctive rougit, et quelquefois même la cornée devient opaque, ou bien la rotation de l'œil, opérée par les muscles obliques, garantit en partie cet organe. Enfin, faute de la participation du muscle orbiculaire au cours des larmes, celles-ci tombent sur les joues, dans l'hémiplégie faciale. L'*épiphora* tient encore à ce que les points lacrymaux, et notamment l'inférieur, cessent d'être convenablement dirigés pour absorber les larmes lorsque le muscle orbiculaire est paralysé. » Cette description exprime parfaitement ce qui se passe dans certains cas; mais il ne faut pas croire qu'il en soit toujours ainsi. Pour ma part, j'ai vu plusieurs cas dans lesquels l'œil offrait à peine une légère injection, et dans un entre autres que j'ai observé à la Salpêtrière, quoique la maladie durât depuis près de vingt ans, l'œil ne présentait aucune lésion évidente.

» La *narine*, dit Bérard en continuant sa description, demeure immobile; elle ne se dilate plus pendant les mouvements respiratoires; elle s'affaisse même pendant l'inspiration, au point de rendre quelquefois celle-ci un peu difficile..... En même temps que la narine est plus étroite, on observe aussi que la peau ne se ride plus sur une moitié du *nez*, et que le bout de celui-ci est entraîné vers le côté sain......

» Tout mouvement volontaire ou involontaire d'une moitié des *lèvres*, ajoute cet auteur, est impossible dans l'état de paralysie du nerf facial, quel que soit l'acte auquel les lèvres devraient prendre part en se contractant..... La salive et les aliments s'échappent de la bouche par le côté paralysé. La prononciation des voyelles, comme l'*o*, par exemple, qui exigent l'intervention des lèvres, est plus difficile. Les consonnes labiales, comme le *b* et le *p*, sont mal articulées; l'action de siffler est devenue impossible, les lèvres ne pouvant plus se resserrer que d'un côté. Enfin le malade a de la peine à lancer au dehors sa salive dans l'acte de la sputation.....

« La *joue* est flasque, par suite de la paralysie du buccinateur; elle s'enfle au moment de l'expiration, et surtout quand le malade veut prononcer un mot avec emphase. Le courant d'air détermine quelquefois dans la joue et les lèvres un phénomène analogue à celui qu'on observe chez les individus qui fument. Dans d'autres cas on a vu la joue battre contre les dents..... » Il faut ajouter à cette partie de la description que si l'on recommande aux malades de souffler en retenant l'air dans leur bouche, de manière à gonfler les joues, ils ne peuvent y parvenir, l'air s'échappant entre les lèvres, qui ne peuvent être maintenues fermées du côté paralysé. C'est là, en effet, un bon signe pour le diagnostic.

» J'ai observé deux fois, dit Bérard, une *déviation de la langue* en même temps que l'hémiplégie faciale : cet organe était entraîné dans le même sens que les autres parties molles de la face. Cette déviation a été notée par d'autres observateurs :

elle s'explique à merveille par le filet que le nerf facial donne au muscle stylo-glosse. » Si l'on se rappelle ce que nous avons dit à propos de la déviation de la langue (1), on ne trouvera sans doute pas cette explication aussi facile que le pense Bérard, et l'on aura peine à comprendre que la déviation ait lieu du côté non paralysé. « On dit aussi, ajoute cet auteur, avoir observé une *inclinaison latérale de la luette :* il ne serait pas aussi facile de s'en rendre compte. » Dans les cas observés par Landouzy, la déviation de la luette n'existait pas.

Quand les muscles de la face sont à l'état de repos, on observe déjà un *défaut de symétrie remarquable.* « La commissure labiale du côté paralysé, dit Bérard, est plus basse, plus rapprochée de la ligne médiane que celle du côté sain ; la bouche est oblique, et la partie moyenne ne correspond plus à l'axe du corps...

» J'ai observé encore, ajoute Bérard (et cela est une conséquence de ce que je viens de dire), que les deux côtés de la face ne semblent plus placés sur le même plan. *La moitié paralysée est située un peu en avant* de la moitié saine ; celle-ci est comme rabougrie, ridée, cachée derrière l'autre ; elle paraît avoir moins d'étendue verticale que la moitié paralysée. Dans cette dernière, les traits sont comme étalés ; l'œil est plus largement ouvert ; il est plus volumineux que celui du côté opposé. » Il faut ajouter que les plis naturels de la face sont en grande partie effacés ; que le trait naso-labial a presque complétement disparu ; qu'en un mot tout le côté paralysé manque de l'expression que lui donne le jeu des muscles, et ressemble à la face d'un cadavre, ce qui contraste avec l'animation du côté sain.

Le contraste augmente beaucoup *quand le malade veut parler*, parce que les muscles du côté sain entrent en mouvement, tandis que ceux du côté opposé restent immobiles ; et, par la même raison, ce contraste est porté au plus haut point *quand le sujet veut rire.* Dans l'action de rire, la contraction musculaire, tirant fortement en dehors et en haut les traits de la face, il en résulte que les deux côtés se trouvent dans des conditions entièrement opposées.

Cette disposition de la face est telle, que l'on peut, au premier abord, ne pas reconnaître des personnes que l'on a fréquemment vues avant leur paralysie. Il y a aussi un air d'étonnement plus ou moins marqué qui contribue à altérer la physionomie du malade.

« Chez quelques sujets, dit Bérard, l'*ouïe a été plus obtuse.* Il n'y a pas d'explication satisfaisante de ce symptôme, bien que le nerf facial ait les connexions que tout le monde sait avec l'organe et les nerfs auditifs. » Sans doute on n'expliquerait pas ce symptôme par la suspension de l'action de la portion dure de la septième paire ; mais nous avons vu que la lésion du nerf peut être consécutive à une fluxion de la joue, et sans doute aussi à une irritation de l'oreille interne ; en pareil cas, la cause qui a paralysé le nerf peut avoir agi en même temps sur l'organe de l'ouïe. Mais ce n'est là qu'une explication.

Landouzy (2) a démontré que l'*ouïe, loin d'être obtuse, peut au contraire* être exaltée dans l'hémiplégie faciale. Reste à savoir maintenant si cette exaltation est la règle, ce qui néanmoins paraît probable, si l'on considère la constance du phénomène dans les cas observés par Landouzy.

(1) Voy. tome II, HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.
(2) Landouzy, *De l'exaltation de l'ouïe dans la paralysie du nerf facial* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 21 décembre 1851, t. XVI, p. 376).

« Deux ou trois fois, dit encore Bérard, le sens du *goût* s'est montré plus ou moins perverti dans le côté de la langue correspondant à la moitié paralysée de la face; la jonction de la corde du tympan avec le nerf lingual est sans doute la cause de ce phénomène, que du reste nous n'expliquons pas mieux que le précédent. »

Duchenne, de Boulogne (1), a, par des expériences précises, démontré que cette perversion ou altération du sens du goût est un phénomène beaucoup plus fréquent qu'on ne le pensait, si même il n'est constant, ce qui vient à l'appui de l'opinion de Bellingeri, qui regardait la corde du tympan comme exerçant une influence spéciale sur la gustation.

Il est très-rare qu'on observe un *mouvement fébrile* prononcé dans l'hémiplégie faciale. Au début, il peut y avoir un certain malaise général, avec perte de l'appétit et douleur dans la joue et la région parotidienne; mais au bout de peu de jours, la face restant paralysée, ces symptômes se dissipent, et l'on n'observe plus ni trouble de la circulation ni dérangement d'aucune autre fonction.

2° **Paralysie de la septième paire chez les enfants nouveau-nés.** — La *seule cause* de cette affection, observée jusqu'à présent chez les enfants naissants, est la *compression du nerf par le forceps* dans les accouchements difficiles. Ce qui rend possible, chez le nouveau-né, la compression du nerf à sa sortie du trou stylo-mastoïdien, c'est l'absence presque complète de l'apophyse mastoïde et le peu de développement du conduit auditif.

Les causes signalées dans la description de la maladie chez l'adulte peuvent-elles occasionner la même affection chez le nouveau-né? La chose ne paraît pas impossible; mais nous ne connaissons aucun fait où l'on puisse rapporter la maladie à une autre cause que celle qui vient d'être indiquée.

C'est aussitôt après la naissance, et aux premiers cris de l'enfant, que paraissent les symptômes de la maladie en pareil cas. Lorsque le petit malade ne crie pas, si l'œil du côté sain est ouvert, il n'y a dans le défaut de symétrie de la face que des nuances fort légères et presque impossibles à saisir; mais dès que l'enfant pousse des cris, le défaut de symétrie devient on ne peut plus sensible. Il est surtout un moment qui précède les pleurs où les symptômes sont de la plus grande évidence : les traits du côté sain sont par instants fortement tiraillés et prennent cette expression particulière que présente la face des enfants quand ils pleurent, tandis que le côté malade reste immobile; puis la face rentre dans le repos, et il y a ainsi des alternatives plus ou moins nombreuses jusqu'à ce que le cri se asse entendre.

Landouzy a constaté que, malgré la non-occlusion des paupieres; il n'existe ni inflammation de l'œil ni épiphora. On trouve des traces de contusion sur le point où a porté la cuiller du forceps.

[Lorsque nous étudierons l'hémorrhagie cérébrale, nous aurons occasion de parler d'une forme intéressante de paralysie de la septième paire, que Gubler a désignée sous le nom d'*hémiplégie alterne* (2).]

§ IV. — Marche, durée et terminaison de la maladie.

Cette affection survient d'une manière rapide, ou même brusquement dans le

(1) Duchenne (de Boulogne), *Recherches électro-physiol. et pathol. sur les propriétés et les usages de la corde du tympan* (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1850). — *Électrisation localisée*, 2e édit., 1861, p. 989, avec fig.

(2) Gubler, *Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, 1858.

plus grand nombre des cas ; puis, la paralysie étant complète, le mal reste stationnaire pendant un temps plus ou moins long, et ensuite décroît avec lenteur.

La *durée* ordinaire de la maladie, lorsqu'elle est idiopathique ou essentielle, est de deux à trois septénaires ; il est bien rare que la guérison ait lieu avant cette époque ; mais il l'est beaucoup moins que la maladie persiste un, deux et même six mois. Cette durée peut se prolonger beaucoup plus. On connaît le cas cité par Montault, et dans lequel il y avait encore de la déviation de la bouche au bout de dix-huit mois. Nous en avons vu un beaucoup plus remarquable, puisque la maladie remontait à près de vingt ans et que la paralysie restait complète, quoique l'examen le plus attentif ne pût faire découvrir aucune lésion organique dans le trajet du nerf. Le sujet de cette observation était une vieille femme qui depuis très-longtemps avait renoncé à toute espèce de traitement. Il n'y avait pas chez cette malade l'atrophie des parties molles de la face que Ch. Bell a notée dans un cas de longue durée.

Chez les enfants nouveau-nés observés par Landouzy, la durée a été de quelques heures à deux mois.

On n'a cité aucun exemple de terminaison par la mort dans les cas non compliqués. On vient de voir que la paralysie pouvait persister et durer probablement pendant toute la vie, même dans les cas simples. Dans ceux où la paralysie résulte de la destruction du nerf dans une certaine étendue, cette persistance de la paralysie est une conséquence naturelle de la lésion organique. Après la simple section du nerf, le mouvement des muscles peut se rétablir.

§ V. — Lésions anatomiques.

Ce que nous avons dit à propos des *conditions organiques* suffit. Nous nous contenterons par conséquent de rappeler que tantôt le nerf est ramolli, contus, comprimé, détruit, et que tantôt il se montre dans une intégrité complète.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Si elle est survenue dans le cours d'une bonne santé, sans aucun accident local, sans développement d'aucune tumeur et sans aucun signe de carie des os, on peut admettre qu'elle est idiopathique. Dans le cas contraire, la connaissance des circonstances que nous venons d'énumérer sert à fixer le diagnostic. Mais on peut se demander encore si c'est le cerveau lui-même qui est affecté, ou si le siége de la maladie est dans le nerf. Nous avons vu qu'on a trouvé dans le cerveau une tumeur peu volumineuse qui avait produit la paralysie : il est bien difficile de dire, pendant la vie, si l'affection est ou n'est pas idiopathique ; mais ces cas sont très-rares, et l'on conçoit difficilement qu'une tumeur du cerveau puisse déterminer la paralysie faciale sans produire aucun autre phénomène.

Quelques médecins prétendent que, dans tous les cas de paralysie de la face, il y a une petite hémorrhagie cérébrale. Cette manière de voir est peu soutenable. Si l'on étudie les cas d'hémorrhagie cérébrale, même très-légers, on voit que les symptômes ne sont pas bornés à une simple paralysie ; il y a toujours soit un léger étourdissement, soit un peu de stupeur, et ordinairement quelques légères atteintes du côté de l'intelligence, très-passagères, il est vrai, mais réelles. L'im-

pression du froid est la principale cause de la paralysie faciale idiopathique, ce qui s'accorde peu avec l'existence d'une hémorrhagie cérébrale.

Chez les enfants nouveau-nés, les traces laissées par le forceps font connaître la cause de la maladie.

Il est un autre diagnostic important que les expériences de Duchenne (1) ont beaucoup éclairé : on peut se demander, en effet, si la paralysie est ou n'est pas due à une *lésion des troncs nerveux* eux-mêmes. Or l'emploi de l'électricité est d'un très-grand secours à cet égard. Les troncs nerveux sont-ils intacts, les muscles reçoivent l'excitation électrique et se contractent. Sont-ils lésés profondément, la contraction n'a pas lieu. C'est du reste ce qu'on observe dans les autres paralysies, comme dans celle qui nous occupe, soit qu'il y ait lésion d'un tronc nerveux, soit que la lésion existe dans la moelle elle-même.

Pronostic. — Le pronostic de cette affection est très-peu grave lorsqu'elle est idiopathique ; cependant nous l'avons vue se prolonger outre mesure dans quelques cas ; mais ce sont des cas exceptionnels. Dans ceux où il s'agit d'une lésion organique, outre le danger propre à cette lésion, il est fort à craindre que la paralysie soit absolument incurable.

Suivant Razès (2), si la maladie ne guérit pas au bout d'un mois, on doit pronostiquer qu'elle est incurable. Cette proposition est beaucoup trop absolue. Nous avons vu un malade qui n'a guéri qu'au bout de trois mois. Ce qu'il faut dire, c'est que si, au bout de quelques semaines, *on n'aperçoit aucune amélioration,* on doit *craindre* que l'affection ne soit au-dessus des ressources de l'art.

§ VII. — Traitement.

On a d'abord conseillé les *émissions sanguines ;* elles sont principalement mises en usage lorsque la douleur, un certain degré de tuméfaction de la région parotidienne, annoncent une légère irritation des parties. On entretient en même temps une *douce chaleur*, à l'aide d'étoffes de laine, sur la partie de la face occupée par la paralysie, et principalement au point de sortie du nerf. En même temps on donne quelques *purgatifs* pour opérer une déviation sur le canal intestinal. Quel que soit le mode d'action de ces moyens thérapeutiques si simples, on les voit réussir dans plusieurs cas, et, dans un grand nombre d'autres, procurer une amélioration évidente ; mais il est fréquent de voir cette amélioration, qui se traduit par la facilité de fermer un peu l'œil malade, par une légère traction de la commissure, par quelques plis à la joue, s'arrêter bientôt. Alors on a recours aux autres moyens qui vont être énumérés.

Les principaux de ces moyens sont choisis parmi les excitants et les irritants de la peau ; ce sont les *frictions* avec une flanelle chaude et sèche, ou bien avec divers *liniments* irritants : ainsi l'*alcool camphré* chaud, un *liniment ammoniacal* ou *camphré*, l'*essence de térébenthine*. On a encore proposé la *pommade d'Autenrieth ;* mais ce moyen douloureux produit une éruption qui laisse, si elle est poussée un peu loin, des cicatrices souvent étendues. Ces inconvénients sont tels,

(1) Duchenne, *Paralysie accompagnée de la lésion de l'irritabilité* (*Bulletin gén. de thér.*, 15 septembre 1852, t. XLIII, p. 199).
(2) Rhazès. *De tortura faciei.*

surtout sur cette partie, qu'on ne doit pas recourir légèrement et trop promptement à ce remède.

Un moyen plus généralement employé, et dont l'efficacité, dans un bon nombre de cas, est incontestable, consiste dans l'application de *vésicatoires volants* plus ou moins multiples. On doit commencer par les appliquer sur le point d'émergence du nerf, puis sur la tempe et sur les points les plus voisins de celui que nous venons d'indiquer. Il ne faut pas trop tôt renoncer à leur emploi ; car ce n'est quelquefois qu'après en avoir appliqué plusieurs que l'amélioration a été évidente.

On a proposé encore le *séton* et les *cautères*, toujours sur le point d'émergence du nerf. Dans quelques cas, ces moyens ont agi avec avantage ; mais on ne doit y recourir qu'après avoir inutilement employé d'autres moyens plus doux, et en particulier les vésicatoires volants. Si la maladie se compliquait de douleurs persistantes, ce qui est très-rare, on peut se servir des surfaces dénudées pour faire absorber de 1 à 2 ou 3 centigrammes de *morphine.*

Pigeaux a cité un cas dans lequel l'emploi de plusieurs *moxas* a procuré une guérison presque complète ; mais les cicatrices profondes produites par leur application sont un grave inconvénient qui doit faire rejeter l'emploi de ce moyen, du moins avant d'avoir mis en usage les autres remèdes connus.

Jobert (1) a proposé la *cautérisation transcurrente.* Ce moyen a parfaitement réussi entre ses mains. Il est incontestable qu'il a une grande efficacité, mais il effraye les malades; aussi n'y aura-t-on recours que dans les cas où la paralysie résistera beaucoup.

On a proposé l'emploi de la *strychnine ;* et comme le mal paraît purement local, c'est par la méthode endermique qu'on a administré cette substance. Sur la surface dénudée par le vésicatoire, on applique de *un à trois ou quatre centigrammes de strychnine*, en augmentant la dose avec précaution. C'est au médecin à juger, d'après les effets, de la nécessité de cette augmentation, et à voir si la dose indiquée doit être dépassée.

L'*électricité* est encore un des moyens le plus fréquemment employés. L'appareil des frères Breton est très-convenable ; mais les procédés de Duchenne (de Boulogne) sont bien supérieurs à tous les autres. Suivant Castara (2), il convient de placer à la surface interne des joues le pôle positif de la pile, le pôle négatif étant placé sur la sortie du nerf. Des expériences comparatives seraient nécessaires pour nous fixer définitivement sur la valeur de ce mode d'application. Il résulte des recherches de Montault qu'il ne faut pas trop attendre pour recourir à ce moyen, car ses effets sont d'autant plus marqués que la maladie est plus récente.

Un fait singulier, signalé par Pichonnière et Bottu-Desmortiers, est l'action spéciale de l'acide avec lequel on charge la pile. Suivant eux, l'acide nitrique exciterait la motilité, et par conséquent c'est à ce dernier qu'il faudrait avoir recours dans le cas dont il s'agit ici. De nouvelles expériences sont nécessaires pour nous faire apprécier ces assertions à leur juste valeur. L'*électro-puncture* rend plus énergique l'action du fluide électrique.

On a cité à l'appui de chacun des moyens qui viennent d'être passés en revue un certain nombre de cas de guérison dans lesquels leur action favorable a paru évi-

(1) Jobert, *Études sur le système nerveux.* Paris, 1833.
(2) Castara, *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1835.

dente. Mais il reste un travail intéressant à faire. Il serait très-utile qu'on recherchât quels sont, parmi ces moyens, ceux qui ont l'efficacité la plus grande, et aussi qu'on examinât s'il en est qui conviennent plus que les autres à certains cas particuliers. Il est impossible de trouver dans les observations connues des éléments suffisants pour résoudre ce problème thérapeutique, qui se représente dans le traitement de presque toutes les maladies, et qu'on a si rarement étudié. Du reste, dans l'exposé que nous venons de présenter, nous avons tâché de suivre la gradation du traitement, en passant des moyens les plus doux aux plus énergiques.

Nous ajoutons qu'on doit *rechercher avec soin si le malade n'est pas anémique.* Nous avons vu, en effet, des cas où les moyens les plus énergiques et l'électricité en particulier restaient sans effet, tant qu'on n'avait pas prescrit les *ferrugineux.* Donnait-on le fer, il survenait d'abord une amélioration évidente, puis les moyens dont nous venons de parler agissaient avec rapidité.

On a été jusqu'à pratiquer la *section des muscles* (1) *du côté opposé à la paralysie ;* mais personne ne sera tenté d'imiter une semblable pratique.

Traitement de la paralysie du nerf facial chez les enfants nouveau-nés. — Dans les cas observés jusqu'à ce jour, la paralysie faciale des nouveau-nés n'a exigé aucun moyen de traitement, elle s'est dissipée d'elle-même au bout d'un temps variable indiqué plus haut. Landouzy conseille de soustraire l'œil à une lumière trop vive, de favoriser la succion, qui doit être plus ou moins difficile, en présentant à l'enfant le sein d'une nourrice dont le mamelon sera bien formé, et enfin d'éviter de provoquer les pleurs du petit malade. Nous croyons que cette dernière précaution est le résultat d'une crainte exagérée ; quant aux autres, leur utilité est incontestable.

Il est clair que si la paralysie faciale, chez les nouveau-nés, n'était pas due à la compression exercée par le forceps, mais à la même cause qui produit l'hémiplégie faciale idiopathique chez les adultes, on devrait avoir recours à quelques-uns des moyens indiqués plus haut, en les proportionnant à l'âge de l'enfant : ainsi, aux frictions irritantes et aux petits vésicatoires volants ; mais ce n'est là qu'une simple prévision, les exemples d'une paralysie semblable chez les enfants naissants nous manquant tout à fait, comme nous l'avons déjà dit.

Restent les cas où la paralysie du nerf facial est due à une lésion organique. Il est évident qu'on doit alors traiter principalement la maladie qui a entraîné avec elle la lésion profonde du nerf. Ces cas sont presque toujours au-dessus des ressources de l'art.

Enfin il faut, en terminant, rappeler les faits dans lesquels la maladie a cédé à un *traitement antivénérien.* Ils prouvent que l'on ne doit jamais négliger de consulter sur ce point les antécédents du malade. Quant à la manière de diriger ce traitement, elle est trop connue ; il serait superflu de l'indiquer ici. Y avait-il, dans les cas dont nous parlons, quelque lésion des os, une exostose voisine du nerf dont elle gênait les fonctions? C'est ce dont on n'a pas pu s'assurer.

(1) Voy. *Hannover Annalen,* t. I, 1841.

ARTICLE IX.

PARALYSIE GÉNÉRALE.

§ I. — Considérations générales. — Coup d'œil historique.

[L'étude de la paralysie générale appartient à notre époque. Les premières notions encore vagues, mal déterminées, remontent à John Haslam (1798); mais bientôt, sous la plume de nos aliénistes les plus distingués, cette maladie prend rang dans le cadre nosologique, et elle ne tarde pas à être connue dans ce qu'elle a de fondamental.

La paralysie générale, étudiée dans les asiles d'aliénés, avait besoin, pour être reconnue dès le début, de se montrer sous des traits déjà bien accentués. Aussi les premières manifestations échappaient-elles en général à l'observation, et l'on ne voyait souvent dans une paralysie générale au début que l'une des formes de la folie, s'accompagnant plus tard de paralysie. Voilà pourquoi Esquirol (1), Georget (2), Delaye (3), ont fait de la paralysie générale une complication de la folie.

Mais déjà, en 1822, Bayle (4) consacre l'idée d'entité morbide et, en 1826, il crée, en quelque sorte, la paralysie générale et en fait une *maladie primitive* débutant d'emblée.

A la même époque, Calmeil (5) donne son excellente monographie où l'on trouve encore l'idée de complication.

Quelques années après, les recherches de Parchappe (6) ajoutent des données plus complètes à l'anatomie pathologique. Cet auteur reconnaît une espèce d'aliénation mentale distincte de toutes les autres, qu'il appelle *folie paralytique :* c'est là une maladie primitive; mais il admet, en outre, que cette maladie peut survenir après *une longue durée de la folie simple*, et aussi chez des malades *depuis long temps atteints de démence :* c'est donc encore là une complication.

Tel était, à cette époque, l'état de la science : on subissait, en général, l'influence des écrits et des préceptes d'Esquirol, et l'on avait de la peine à séparer la paralysie générale de la folie.

Réagissant contre cette idée de complication, Baillarger (7) montre l'importance des troubles des mouvements et fait, comme Bayle, de la paralysie générale une maladie primitive.

Bientôt après, Requin (8), Lunier (9), déplaçant le champ d'observations, vont puiser dans les hôpitaux ordinaires des lumières nouvelles. Là surtout se trouvent

(1) Esquirol, *Des passions considérées comme causes, symptômes et moyens curatifs de l'aliénation mentale*, 1805. — *Mémoire sur la démence*, 1814. — *Des maladies mentales*, 1838.

(2) Georget, *De la folie*, 1820.

(3) Delaye, *Thèse sur une espèce de paralysie qui affecte particulièrement les aliénés*, 1824.

(4) Bayle, *Thèse sur l'arachnitis*, 1822. — *Traité des maladies du cerveau et de ses membranes*. Paris, 1826.

(5) Calmeil. *De la paralysie, considérée chez les aliénés*, 1826.

(6) Parchappe, *Des altérations de l'encéphale dans l'aliénation mentale*, 1838. — *Traité théorique et pratique de la folie*, 1841.

(7) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1847.

(8) Requin, *Éléments de pathologie*, t. II, p. 90.

(9) Lunier, *Annales médico-psychologiques*, 1849.

les malades dont les lésions les plus apparentes sont celles du mouvement; aussi voyons-nous Requin admettre deux formes de paralysie progressive, l'une avec aliénation, l'autre sans aliénation, dans laquelle l'affaiblissement de l'intelligence encore peu marqué passe facilement inaperçu (1).

Lunier indique des cas dans lesquels les troubles de la motilité se montrent seuls au début et sont suivis plus tard de délire.

Cette opinion obtient la sanction de Baillarger; mais ce savant aliéniste indique nettement qu'il ne fait pas des troubles moteurs l'unique élément caractéristique; il n'a jamais admis, dit-il, de paralysie générale sans lésion de l'intelligence (2).

D'autres auteurs, quoique partant de points de vue différents, arrivent à la même conclusion. Ainsi Jules Falret (3), dans sa thèse, après avoir donné la prééminence au délire qui constitue le phénomène le plus saillant, ajoute : « Mais peu importe qu'un symptôme précède l'autre dans l'évolution de la maladie s'il est démontré qu'ils sont intimement liés comme expression d'un même état morbide, et si l'existence de l'un avec ses caractères spéciaux, suffit pour faire prévoir la production ultérieure de l'autre (4). »

Ces dissidences dans les opinions, reposant sur des faits secondaires, ont eu l'avantage de faire apprécier à leur juste valeur les différents groupes de symptômes qui constituent la paralysie générale. Du reste, on voit bientôt se manifester la tendance marquée des aliénistes à se rallier à la doctrine qui fait de la paralysie générale une entité morbide, une maladie *une* et *identique*, ayant ces caractères bien tranchés (5).

La littérature étrangère offre peu de documents pouvant éclairer cette étude, les auteurs ayant subi en général l'impulsion venue de France.

Mais les progrès de l'anatomie pathologique apportent chaque jour un nouvel appui à la doctrine de l'entité morbide de la paralysie générale; Calmeil (6), Parchappe, montrent des lésions bien déterminées que les études histologiques de Salomon (7), de Rokitansky, de Virchow (8) ont permis de poursuivre d'une façon plus précise.

Enfin les résultats fournis par l'étude anatomo-pathologique de quelques faits dans lesquels on voit certaines maladies de la moelle se propager vers le cerveau et

(1) Qu'il nous suffise de mentionner une opinion que l'on trouve d'abord dans Sandras, (*Traité pratique des maladies nerveuses*, t. II, 1851), reprise et adoptée par Brierre de Boismont (*Supplément du Dictionnaire des Dictionnaires*, p. 596, 1851), et Duchenne, de Boulogne (*Ann. médico-psycholog.*, 1850) : elle consiste à admettre deux espèces de paralysie générale, l'une sans aliénation (paralysie spinale), dans laquelle la contractilité électro-musculaire est abolie, l'autre avec aliénation (paralysie cérébrale), dans laquelle la contractilité électro-musculaire est conservée. L'observation exacte des faits ne permet pas de conserver dans le cadre de la maladie qui nous occupe, ces paralysies générales progressives sans aliénation mentale à aucune période de leur évolution.

(2) Baillarger, *Annales médico-psychologiques*, 1859, p. 287.

(3) J. Falret, *Recherches sur la folie paralytique*, thèse, 1853.

(4) J. Falret, *loc. cit.*, p. 17.

(5) Moreau (de Tours), *Ann. médico-psycholog.*, 1850. — Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, 1862, p. 415.

(6) Calmeil, *Traité des maladies inflammatoires du cerveau*. 1859.

(7) Salomon, *Ann. médico-psycholog.*, 22 avril 1863.

(8) Virchow, *Pathologie cellulaire*, trad. Picard. Paris, 1866.

déterminer la paralysie générale, ont permis à Magnan (1) d'indiquer une voie nouvelle aux recherches anatomiques dans la paralysie générale, et de mieux apprécier, ainsi que nous le verrons, le mode pathogénique de cette maladie.

§ II. — Définition, synonymie, fréquence.

La paralysie générale, *méningite chronique* (Bayle) *périencéphalite chonique diffuse* (Calmeil), *folie paralytique* (Parchappe), *paralysie générale progressive* (Requin), est une maladie ayant un ensemble de lésions assez constantes, et caractérisées symptomatiquement par des troubles du mouvement et de la sensibilité, par la démence et un délire variable, mais souvent de nature ambitieuse ou hypochondriaque.

Cette maladie devient tous les jours plus fréquente ; non point, comme on pourrait le croire, parce qu'étant mieux étudiée, peu de faits passent inaperçus, mais plutôt parce que les conditions favorables à son développement, sont, comme nous le verrons, devenues elles-mêmes beaucoup plus fréquentes.

§ III. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.* — *Hérédité.* — L'influence de cette cause, qui domine la pathologie de la folie, intervient également dans la production de la paralysie générale. Calmeil croit devoir élever jusqu'à 1/3 la proportion des cas où se montre l'influence héréditaire. On est surpris de la différence considérable qu'il y a entre le nombre d'hommes paralytiques et celui des femmes, surtout dans la classe aisée.

Parchappe, sur un relevé de 86 paralytiques, a trouvé 70 hommes et 16 femmes. — Calmeil, sur 82 cas, a trouvé 73 hommes et 9 femmes. A Stephansfeld, de 1835 à 1852, la proportion des paralytiques, relativement au nombre des aliénés, était de 1 sur 6 chez les hommes et de 1 sur 26 chez les femmes.

Magnan, interne à Bicêtre, a fait, au mois de mars 1864, le relevé des paralytiques de la deuxième section des aliénés : sur 286 malades, il en a trouvé 113 atteints de paralysie générale. En juillet 1865, il a fait, à la Salpêtrière, un relevé comparatif, et, sur 900 femmes aliénées (2e, 3e et 5e sections), il a constaté que 96 étaient atteintes de paralysie générale. Le diagnostic, pour tous ces cas, a été revu et noté avec soin.

Ainsi, tandis que les hommes paralytiques sont dans la proportion énorme de *quarante pour cent* (39,5), les femmes sont dans la proportion d'un peu plus de *dix pour cent* (10,66).

La différence devient encore bien plus grande quand la statistique porte uniquement sur des malades appartenant à la classe riche. Aussi Baillarger, dans une annotation du *Traité des maladies mentales* de Griesinger dit (page 468) : « Cette » question de la fréquence relative de la paralysie générale chez les hommes et chez » les femmes ne saurait être jugée par les statistiques des asiles dans lesquels sont » conduites les femmes des classes pauvres. La maladie, en effet, est très-rare chez » les femmes des classes riches et très-commune, dans les grandes villes, chez les » femmes des classes pauvres. En s'en tenant à ces dernières, on aurait donc une

(1) Magnan, *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la paralysie générale*, 1865. (Inédit.)

» proportion assez forte, mais qui serait très-différente dans les asiles consacrés aux » malades riches. La raison de cette différence ne peut se trouver que dans le » genre de vie, les occupations, le régime, etc. »

Age. — La paralysie générale est une maladie des adultes. Calmeil ne l'a jamais vue se développer chez des individus au-dessous de vingt-deux ans (1) ; la moyenne de l'âge des hommes dont il a relaté l'observation est de quarante et un ans, et la moyenne de l'âge des femmes, au début de leur maladie, est de trente-huit ans et sept mois. Pour Parchappe, la moyenne de l'âge des hommes est de quarante-quatre ans, celle des femmes quarante-deux ans.

Marcé, sur un relevé de 300 faits recueillis à Bicêtre, les répartit, quant aux âges, de la manière suivante : de 26 à 30 ans, 22 cas ; de 31 à 35 ans, 55 cas ; de 36 à 40 ans, 67 cas ; de 41 à 45 ans, 56 cas ; de 46 à 50 ans, 44 cas ; de 51 à 55 ans, 24 cas ; de 56 à 60 ans, 25 cas ; de 61 à 65 ans, 3 cas ; de 66 à 70 ans, 4 cas (2).

Il résulte donc des relevés de Calmeil, Parchappe, Marcé, que la paralysie générale se rencontre, le plus communément, de trente-cinq à quarante-cinq ans.

Relativement *aux climats*, il suffit de remarquer que leur influence est plus apparente que réelle, puisque les différences dépendent, le plus souvent, d'un diagnostic erroné.

2° *Causes occasionnelles.* — Les causes *morales*, les *travaux de l'esprit*, les *fatigues intellectuelles excessives*, sont tout autant de causes occasionnelles ; mais celles qui font sentir le plus leur influence, dépendent de certaines habitudes et de certaines professions.

Calmeil signale le nombre considérable de paralytiques fournis à Charenton par l'armée d'Afrique ; et il attribue ces accidents aux habitudes alcooliques des militaires dans les dernières campagnes.

Il faut compter encore parmi ces causes : la vie de café ; l'existence particulière des hommes de bureau, privés d'exercice et confinés dans un milieu souvent étroit, où les règles de l'hygiène sont loin d'être respectées ; les professions exigeant le séjour habituel auprès des fourneaux (cuisiniers, boulangers, serruriers, etc.) ; les causes physiques, telles que les coups, les chutes sur la tête ; l'influence de l'érysipèle du cuir chevelu (Baillarger) ; certaines maladies du cœur ; la suppression du flux hémorrhoïdaire ; toutes les causes en un mot provoquant des bouffées congestives vers la tête.

Baillarger (3) a signalé l'influence de la pellagre.

Les intoxications saturnines, mercurielles, ont été considérées comme causes occasionnelles.

Dans quelques cas, la syphilis a semblé être la cause première de la paralysie générale. Les foyers de ramollissement, les foyers hémorrhagiques, peuvent être le point de départ de la lésion qui atteint plus tard tout l'encéphale. Certaines maladies de la moelle, en se propageant vers le cerveau, peuvent déterminer la paralysie générale (Magnan).

(1) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau*, t. I, p. 476.
(2) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, p. 471.
(3) Baillarger, *De la paralysie générale chez les pellagreux* (*Annales médico-psychologiques*, 1849).

§ IV. — Lésions anatomiques. Pathogénie.

Il serait intéressant de faire l'exposé de l'anatomie pathologique en suivant l'ordre chronologique; nous pourrions ainsi assister à ses progrès successifs dus à d'infatigables et persévérants efforts; mais il faudrait entrer dans des détails trop étendus que comporterait seulement un traité spécial. Aussi faudra-t-il se borner à énoncer les diverses lésions qui accompagnent la paralysie générale, en insistant toutefois sur celles qui se montrent le plus habituellement.

Le cuir chevelu et les os n'offrent pas d'altérations déterminées dans la paralysie générale. Quand la maladie a eu une durée un peu longue et surtout quand il y a eu des congestions répétées, on trouve, en général, un épaississement de la peau et des parois crâniennes devenues aussi plus résistantes. Ces tissus sont fortement hypérémiés dans les cas assez nombreux où les malades succombent à une congestion.

L'épaississement de la dure-mère, les adhérences de cette membrane à la voûte du crâne, se montrent aussi quelquefois dans la paralysie générale. Il suffit de les mentionner.

L'arachnoïde est épaissie et perd une partie ou même la totalité de sa transparence. Elle est opaline, grisâtre ou blanchâtre, quelquefois d'une manière uniforme, le plus souvent inégalement; on voit sur différents points de la surface de petites exsudations sous forme de granulations, plus prononcées ordinairement au niveau des scissures sylviennes, et le long du bord supérieur des hémisphères. Ces granulations arachnoïdiennes signalées par Bayle se montrent surtout dans la paralysie générale; mais elles se rencontrent aussi dans d'autres maladies du cerveau et, en particulier, dans la démence sénile.

La pie-mère est tantôt très-injectée, d'un rouge vif, sillonnée de vaisseaux turgescents, tortueux; d'autres fois elle est pâle, grisâtre, épaissie et infiltrée de sérosité. Le long des vaisseaux un peu volumineux, elle présente des traînées blanchâtres, quelquefois de petites taches opaques analogues aux exsudats de l'arachnoïde. Sa consistance, plus grande, la rend plus solide, plus résistante, et, à la traction, au lieu de s'enlever par petites portions, elle se détache par larges lambeaux. Son *adhérence* à la couche corticale, à peu près nulle à l'état normal, présente des degrés variables dans la paralysie générale, et sur le même cerveau, suivant les régions où on l'examine. Ainsi, à la partie moyenne des hémisphères et surtout au niveau des cornes occipitales, la lésion est, en général, moins avancée. En entraînant la méninge, on voit celle-ci se détacher, en résistant un peu; elle semble légèrement accolée, on croirait presque à la présence d'un corps visqueux et gluant interposé entre les deux surfaces cérébrales et méningées; la membrane *happe*, comme dit Calmeil, à la substance nerveuse corticale; et l'on voit une série de petits filaments (capillaires, tractus fibreux) interposés entre les surfaces se rompre à mesure qu'elles s'écartent l'une de l'autre. Vers les lobes frontaux, l'accolement devient de plus en plus intime, et bientôt on constate une *soudure maladive* entre la pie-mère et le cerveau, qui ne permet plus l'ablation de la méninge sans l'entraînement d'une portion de la couche corticale qui adhère à la membrane comme une sorte de doublure.

La surface cérébrale, mise à nu, présente, en général, un piqueté rougeâtre

dans les points où la pie-mère *happait;* plus loin, dans les parties où l'adhérence était plus grande, on voit de simples érosions rougeâtres tapissées de petites houppes vasculaires.

Dans les parties enfin (cornes frontales, dans la grande majorité des cas) où la lésion est le plus avancée, on trouve sur les circonvolutions, des surfaces excoriées, profondes, raboteuses, irrégulières, rouges, saignantes, plus ou moins ramollies, en un mot de véritables *ulcérations*.

Ces adhérences, ces ulcérations ont une grande valeur, et quelques auteurs en ont même fait la lésion caractéristique de la paralysie générale (Calmeil, Marcé). Dans les cas où ces lésions manquent, il faut noter avec soin l'état des membranes, car l'absence ou la présence peu marquée de ces lésions peut s'expliquer par l'œdème concomitant des méninges; et, dès lors, elles n'en conservent pas moins toute leur valeur.

On peut, en effet, sur le cadavre diminuer le degré de ces lésions et les faire même disparaître dans le cas où elles ne sont pas très-avancées, en injectant de l'eau dans la carotide et la jugulaire internes d'un côté; les méninges du côté correspondant s'infiltrent de liquide, et quand on ouvre le crâne, on peut s'assurer, en enlevant les méninges sur les deux hémisphères, que les lésions sont moins marquées du côté qui a été injecté (Magnan). Le phénomène que l'on peut déterminer ainsi artificiellement, peut se produire sous l'influence de l'œdème, et l'on doit en tenir compte dans les cas douteux.

Ces altérations ne sont pas dues seulement aux méninges, elles dépendent aussi de la lésion de la couche corticale; l'altération de celle-ci, que Parchappe considère comme *constante* et comme *caractéristique* de la paralysie générale, consiste en un ramollissement qui, dans les cas où la lésion est peu marquée, siége à la partie moyenne de la couche corticale. Quelquefois cette partie est seule dénuée de consistance, de sorte que la lésion pourrait échapper si l'on ne s'assurait, à l'aide du manche du scalpel engagé à ce niveau, que la moitié externe de la couche corticale se détache dans une étendue un peu plus grande que celle où s'exerce l'action du scalpel. Tantôt la couche superficielle qui s'enlève est molle, réduite en bouillie; tantôt elle est dure, cassante, rabougrie. La coloration de la couche corticale est variable et en rapport avec l'injection plus ou moins grande des capillaires; aussi peut-on voir des nuances variables, rosées, rouge, lie de vin, etc.

La partie profonde où le réseau vasculaire est plus considérable se montre sous la forme d'une bande sinueuse, violacée, tranchant sur la substance blanche.

La couche corticale a, au contraire, en dehors de la congestion, une couleur pâle, gris sale, jaunâtre, surtout à une époque avancée de la maladie.

A part le ramollissement, on constate l'atrophie de la substance grise, dont l'épaisseur quelquefois est réduite de moitié, ainsi qu'il est facile de le constater sur des coupes perpendiculaires à la surface des circonvolutions.

La substance corticale enlevée laisse apercevoir la substance blanche, dont l'induration très-notable à la partie antérieure, dans les cornes frontales, permet d'obtenir, par le simple grattage, de petites languettes analogues à l'épiglotte, des crêtes blanches, fermes, dépouillées complétement de substance grise. D'après Baillarger, cette induration des crêtes frontales manquerait très-rarement et serait le principal caractère anatomique de la paralysie générale.

L'épendyme ventriculaire est quelquefois épaissi et se trouve parsemé, comme l'a indiqué Joire, de fines granulations, qui, sur le plancher du quatrième ventricule, donnent un aspect chagriné assez notable.

Le cerveau est atrophié dans sa totalité (Parchappe), et l'on constate facilement que les circonvolutions minces, amaigries, présentent moins de hauteur, sont séparées par des anfractuosités plus considérables et ont perdu de leur volume et de leur résistance.

Il suffira de signaler quelques lésions qui ne sont pas spéciales à la paralysie générale et qui, du reste, sont indiquées dans l'article sur les hémorrhagies méningées (tome II, page 2) : ce sont les fausses membranes et les kystes de l'arachnoïde, l'œdème plus ou moins considérable des méninges et quelquefois aussi la dilatation et l'épanchement ventriculaire.

En résumé, les lésions presque constantes dans la paralysie générale sont : l'épaississement et l'opacité des méninges ; les adhérences de la pie-mère et le ramollissement de la couche corticale produisant les ulcérations par l'enlèvement de la membrane ; l'induration de la substance blanche (état scléreux) ayant pour expression des crêtes frontales blanches et résistantes.

A ces caractères visibles à l'œil nu, il faut ajouter les données fournies par les études histologiques modernes. Or, pour mieux saisir la pathogénie de ces altérations, remarquons la solidarité qui existe entre les lésions de l'encéphale et les lésions de la moelle.

L'unité du système cérébro-spinal implique l'unité de ses lésions, et il est des cas, en effet, d'après les recherches de Magnan, où il s'établit dans la moelle des lésions analogues à celles que l'on vient d'étudier dans le cerveau ; comme on le verra, ces lésions de la moelle, longtemps avant le développement de la paralysie générale, ont des symptômes dont l'évolution successive est en rapport avec la propagation de la lésion de la moelle au cerveau ; et réciproquement, chez quelques sujets il y a propagation des lésions du cerveau à la moelle.

Quoi qu'il en soit, on trouve dans ces cas, les méninges rachidiennes épaissies, opaques, infiltrées de produits d'exsudation, comme on l'a vu pour les méninges cérébrales. La moelle est aussi altérée, et sa lésion qui, à l'œil nu, peut se présenter, au point de vue de la consistance, de la coloration, sous des aspects un peu différents, montre au microscope des altérations qui dépendent du même processus morbide. C'est un travail d'irritation chronique, comme l'enseigne Virchow, portant primitivement sur le tissu conjonctif (capillaires, méninges, tissu interstitiel dans la moelle, névroglie dans l'encéphale), et secondairement sur les éléments nerveux qui deviennent le siége d'un trouble nutritif (tubes, cellules, myélocytes de Robin, éléments nucléaires et cellulaires).

L'examen des moelles dans les observations où l'on a vu la lésion se propager jusqu'au cerveau, fait voir le maximum de l'altération vers la fin de la région dorsale ; à ce niveau, les faisceaux postérieurs sont malades dans presque leur totalité, et sur quelques sujets même la lésion gagne les cordons latéraux et antérieurs (1).

Au fur et à mesure que l'on examine les parties plus rapprochées du cerveau, on voit l'altération se limiter aux faisceaux postérieurs et dans la région cervicale,

(1) Westphal, *Allg. Zeitschr. für Psychiatrie von Lachr*, XXI, 1864 ; — et Magnan, *loco citato*.

elle est confinée de chaque côté du sillon médian postérieur, dans un petit espace triangulaire à base dirigée en arrière. A un grossissement de 200 à 300 diamètres, on voit dans toutes ces parties un développement considérable du tissu conjonctif qui est le siége d'une prolifération nucléaire abondante, et qui enveloppe les tubes : ceux-ci, devenus plus rares, sont écartés les uns des autres, ils sont granuleux ; quelques-uns sont réduits au cylindre d'axe qui disparaît même quelquefois. Les cellules sont granulées en particulier dans les cornes postérieures, mais ne présentent pas une altération aussi avancée que les tubes.

Les capillaires offrent une paroi beaucoup plus épaisse et couverte de noyaux.

Ces mêmes altérations se trouvent dans le cerveau, mais à un degré moins avancé. Ainsi, les capillaires, dans toute l'étendue du cerveau, ont une paroi épaissie couverte de noyaux à différents degrés d'évolution, et qui diminue le calibre du vaisseau. La circulation gênée amène peu à peu les modifications nutritives dont le ramollissement de la couche corticale, en particulier, est l'expression. Tous les éléments de cette partie de l'encéphale (cellules, myélocytes) sont fortement granulés. La névroglie, d'autre part (tissu conjonctif spécial, interstitiel, distribué dans toutes les parties de l'encéphale et séparant les éléments), est le siége d'une prolifération nucléaire, s'épaissit, augmente de volume, prend un aspect légèrement strié que l'on voit assez nettement au microscope sur les préparations de substance blanche des lobes antérieurs (sclérose, crêtes frontales). Ces lésions n'atteignent jamais dans le cerveau le degré d'intensité qu'elles ont à la moelle, sans doute parce que la vie deviendrait incompatible avec un degré aussi avancé d'altération de cet organe.

Dans quelques cas de paralysie générale avancée, l'examen de la moelle fait constater dans les cordons postérieurs, la propagation de la lésion du cerveau à la moelle, mais jusqu'à présent la lésion qui va en diminuant de haut en bas, n'a pas été trouvée au delà de la région cervicale. Il est probable que l'on constatera une lésion plus étendue dans certains cas de paralysie générale *à forme spinale*, dans lesquels on voit prédominer d'une façon insolite les troubles des extrémités inférieures (Magnan).

§ V. — Symptômes.

Aperçu général des symptômes. — Dans l'étude de la paralysie générale, il faut bien se pénétrer d'un ensemble de symptômes qui priment tous les autres, forment le fond de la maladie et lui donnent sa physionomie particulière. Ces symptômes *essentiels* peuvent se diviser en deux groupes : 1° troubles de la motilité et de la sensibilité ; 2° troubles de l'intelligence, depuis l'affaiblissement le plus léger de la mémoire et du jugement, jusqu'à l'abolition complète des facultés intellectuelles.

Les symptômes *accessoires* ont aussi une valeur réelle, mais ils peuvent manquer, et si, dans quelques circonstances, ils suffisent presque au diagnostic de la maladie, c'est que pour quelques-uns ils empruntent leur caractère spécial à un fond de démence (signe essentiel) que J. Falret (1) a fait ressortir avec beaucoup de raison, en disant que les idées des paralytiques sont *multiples*, *mobiles*, *non motivées*, *contradictoires entre elles* (absurdes).

(1) J. Falret, *Recherches sur la folie paralytique*, thèse, 1853, p. 62.

A. *Symptômes essentiels. — Troubles de la motilité et de la sensibilité.* — L'*embarras de la parole*, qui apparaît d'une manière plus frappante quand le malade est intimidé ou ému, est peu marqué au début ; il consiste en une sorte d'arrêt, de suspension ou d'effort, avant la prononciation de certains mots, de ceux particulièrement composés de syllabes labiales. Cette gêne, d'abord intermittente, qui est de l'hésitation plutôt que du bégayement, devient peu à peu continue et plus marquée ; plus tard, la voix est gutturale, la parole traînante ; chaque syllabe est scandée et suivie d'un moment d'arrêt, pendant lequel la voix se prolonge comme en psalmodiant. Les vains efforts des malades pour articuler convenablement les sons mettent en jeu d'une façon irrégulière les muscles de la face, ceux surtout qui convergent vers la bouche. Une sorte de préparation précède la parole, les lèvres deviennent tremblantes, les muscles oscillent, ont des mouvements fibrillaires, et présentent de légères convulsions au pourtour de l'orbiculaire.

La langue tirée au dehors ne peut rester immobile ; sa surface est agitée d'ondulations vermiculaires, dues à la contraction irrégulière des muscles intrinsèques ; ces mouvements prédominent vers la pointe et sur les bords ; mais à mesure que la maladie progresse, tout l'organe devient tremblotant dès qu'il se montre entre les arcades dentaires ; il n'y a pas en général de déviation, ni à droite ni à gauche. La parole s'embarrasse de plus en plus et le langage devient inintelligible vers la fin de la maladie.

Troubles moteurs des membres. — Le tremblement des mains est peu apparent au début et passe inaperçu chez beaucoup de paralytiques ; aussi pour quelques médecins les troubles de la motilité se montreraient-ils d'abord aux jambes, puis aux bras. La prédominance de ce symptôme dans les membres inférieurs est plus apparente que réelle ; on trouve, en effet, de très-bonne heure, dans les membres supérieurs, un changement notable chez les malades dont le travail manuel exige de la précision et de la délicatesse (horlogerie, écriture, couture, etc.). Assez rapidement ces malades s'aperçoivent que leurs mains sont devenues inhabiles et n'ont plus leur adresse habituelle.

En même temps la marche se modifie peu à peu, elle devient saccadée, brusque ; les malades peuvent faire, il est vrai, dès le début, des courses assez longues sans trop de fatigue, mais ils dirigent moins bien leurs jambes ; ils marchent mal, gauchement, trébuchent facilement sur un terrain inégal ; s'ils veulent se retourner brusquement, ils chancellent, oscillent et s'efforcent quelques instants de reprendre leur équilibre.

Ces phénomènes musculaires, qui primitivement atteignent toutes les parties du corps, sans qu'on puisse exactement préciser les points par lesquels ils débutent, tiennent plus de la nature convulsive que de la paralysie. Ce n'est point de la faiblesse à proprement parler, il y a plutôt de l'incoordination, de l'incertitude dans les mouvements, quelque chose se rapprochant de l'ataxie. Ainsi, tel paralytique qui chancelle en marchant, qui laisse tomber les objets de la main, qui peut à peine boutonner ses habits, devient susceptible d'une grande vigueur soit des bras, soit des jambes, sous l'influence de la colère, et peut développer une force presque aussi considérable qu'à l'état normal. Dans le décubitus dorsal les mouvements se font aussi mieux, mais ils sont un peu roides et un peu lents.

A ce désordre des mouvements s'ajoute progressivement une faiblesse véritable

qui toutefois ne devient jamais une *paralysie complète*. La marche, de plus en plus difficile, finit par être impossible ; dès que les malades sont debout, ils tremblent sur leurs jambes, se cramponnent aux objets qui les entourent et tomberaient sans un appui. Le séjour au lit ou dans un fauteuil devient constamment nécessaire.

A cette période ultime, on voit quelquefois prédominer les accidents paralytiques soit à droite, soit à gauche, et les malades sont fortement inclinés du côté où existe cette prédominance. Il n'est pas rare non plus de rencontrer dans les muscles d'un membre une *roideur* qui oppose une certaine résistance à la flexion ou à l'extension. Dans quelques cas enfin on voit se produire la *contracture* d'un membre ou d'un certain nombre de muscles ; contracture souvent très-prolongée et qui imprime aux parties où elle siége les positions les plus pénibles (1).

Accident paralytique des muscles de la vie organique. — Dès le commencement de la maladie on peut voir survenir l'émission involontaire des selles et des urines ; ces phénomènes peuvent se reproduire plusieurs fois en alternant avec la rétention plus ou moins opiniâtre de ces excrétions.

La paresse dans la contractilité des réservoirs musculaires n'attire pas d'abord l'attention, et ces phénomènes sont considérés comme purement accidentels, tandis qu'ils se rattachent le plus souvent à la paralysie générale. Peu à peu cependant, surtout dans la variété mélancolique, la constipation devient fréquente, et peut être dans quelques cas le point de départ d'un engouement intestinal.

Il en est de même pour la vessie ; le sphincter relâché laissequelquefois échapper les urines (incontinence), mais plus souvent, les parois distendues par le liquide n'ont plus assez de force pour expulser le contenu (rétention avec regorgement).

La partie supérieure du tube digestif perd aussi ses forces contractiles habituelles ; l'œsophage devient, vers la fin, incapable d'agir sur le bol alimentaire dès que celui-ci est un peu dur et volumineux, chose assez fréquente, à cause de la gloutonnerie des paralytiques qui s'empressent de déglutir les aliments mal préparés par une mastication incomplète. Ces corps étrangers arrêtés dans l'œsophage, comprimant la trachée, sont le point de départ d'accès de suffocation quelquefois terribles ; le visage devient pourpre, les veines se distendent ; les yeux, injectés, saillants, couverts de larmes, les traits de la face convulsés, expriment l'anxiété la plus vive ; après quelques efforts, en général, les aliments passent et le calme renaît, mais il n'en est pas toujours ainsi. Le pharynx, devenu lui-même impropre à saisir et à attirer sa proie, laisse déposer sur l'orifice supérieur du larynx, le bol alimentaire dont quelques fragments tombent assez souvent dans les cavités du larynx, de la trachée ou des bronches d'où ils sont expulsés par une toux violente ; mais d'autres fois encore les aliments à moitié mâchés s'engagent à la façon d'un coin à travers l'orifice supérieur du larynx et ne tardent pas à déterminer l'asphyxie, si à l'aide de la main ou d'une longue pince, on ne s'empresse de dégager les voies respiratoires.

Les troubles de la *sensibilité*, quoique rares et difficiles à constater au début de la maladie, doivent être cependant notés avec soin. La diminution de la sensibilité

(1) La sensibilité électro-musculaire est conservée, mais ce signe a une valeur secondaire au point de vue des phénomènes paralytiques et des lésions qui les déterminent, puisque dans quelques cas même d'altération très-étendue de la moelle avec paraplégie véritable, accompagnant la paralysie générale, on peut voir la contraction musculaire se produire sous l'influence du courant électrique.

de la peau peut, dans quelques cas, être un signe précurseur de la paralysie générale. De Crozant (1) a signalé une anesthésie générale presque complète existant dès le début et précédant même les lésions du mouvement. Cette anesthésie peut être passagère et disparaître dès que les troubles de la motilité sont plus accentués, pour reparaître un peu plus tard. A une période plus avancée, en effet, les piqûres, le pincement sont faiblement sentis, et parfois les malades ne donnent des signes de douleurs qu'au bout de quelques secondes. Les dénudations de la peau (vésicatoires, cautères, etc.), employées comme moyens dérivatifs et révulsifs, déterminent aussi, en général, très-peu de douleur, quelquefois l'analgésie est presque complète.

L'hyperesthésie est un phénomène beaucoup plus rare, et se montre aussi à des degrés différents d'intensité.

Griesinger a observé parfois un état passager d'hyperesthésie extrême de la surface cutanée : le plus léger contact avec la peau provoquait des mouvements réflexes très-étendus, des convulsions de tous les muscles soumis à la volonté, état, dit-il, qui offrait la plus grande analogie avec ce que l'on observe chez les animaux empoisonnés par la strychnine.

Chez quelques malades on constate des engourdissements, des fourmillements dans les bras ou dans les jambes, plus rarement de véritables douleurs.

L'étude de la sensibilité avec ses modalités en plus ou en moins (hyperesthésie, anesthésie), permet d'arriver à une connaissance plus complète de certains symptômes. C'est ainsi que Michéa (3), analysant les phénomènes morbides de sensibilité chez les paralytiques, les a examinés au point de vue de la douleur, du contact, de la température, du chatouillement, et il a montré que l'anesthésie ou l'hyperesthésie étaient, chez les paralytiques, la principale cause des idées hypochondriaques, ces conceptions délirantes prenant leur source dans la préoccupation exagérée du *moi*.

Troubles de l'intelligence. — *L'intelligence* s'affaiblit lentement, graduellement ; aussi, au début, doit-on tenir compte des modifications les plus légères.

La mémoire donne souvent les premiers indices ; mais ici, comme nous l'avons vu pour les troubles moteurs, les symptômes n'apparaissent pas avec la même netteté chez tous les sujets. La position sociale, la profession de l'individu, par leurs exigences, décèlent chez lui plus ou moins vite l'abaissement du niveau intellectuel. Plus ses occupations nécessiteront de l'initiative, des efforts de l'intelligence, et plus rapidement aussi on s'apercevra qu'*il n'est plus le même.*

« L'affaiblissement de la mémoire, dit Calmeil (4), l'oblitération de l'intelligence, » compliqués ou non de délire, avec ou sans apparence de déraison, doivent être » comptés parmi les manifestations les plus insidieuses et les plus ordinaires de la » périencéphalite chronique commençante. L'importance de ces phénomènes ne » peut pas rester longtemps méconnue lorsque les malades sont les premiers à faire » remarquer qu'il leur arrive souvent d'oublier les dates, de commettre des omis» sions qu'ils cherchent à éviter, lorsqu'ils se plaignent de manquer d'attention,

(1) De Crozant, *Revue médicale*, 1846.
(2) Griesinger, *Traité des maladies mentales*, trad Doumic, 1865, p. 465.
(3) Michéa, *Du délire hypochondriaque chez les déments paralytiques* (*Annales médico-psychologiques*, janv. 1864).
(4) Calmeil, *Maladies inflam. du cerveau*. Paris, t. I, p. 277.

» soit qu'ils écoutent, soit qu'ils lisent, soit qu'ils écrivent; lorsqu'ils s'embrouil-
» lent dans leurs calculs et qu'ils affirment qu'ils n'ont plus la capacité nécessaire
» pour surveiller leurs intérêts domestiques, remplir les obligations attachées à
» leurs charges, mener à bien leurs entreprises commerciales et industrielles. »

A l'affaiblissement de la mémoire et de l'intelligence, au changement d'allures et de caractère, s'ajoute aussi quelquefois une perversion des facultés morales et affectives; le malade n'apprécie plus la valeur de ses actions, il vole des objets insignifiants avec la plus grande imprévoyance, et, dans quelques circonstances, commet sans la moindre réserve et avec le plus grand abandon des actes indélicats, des actes impudiques. On conçoit toute l'importance de ces phénomènes au point de vue médico-légal.

Un peu plus tard les facultés intellectuelles s'affaiblissent encore, les malades vont de tous les côtés, d'une façon automatique, sans but, sans direction. Ils déchirent leurs habits, arrachent leurs boutons, mettent leurs vêtements de travers. Sales, mal tenus, ils ramassent partout des chiffons, des cailloux, des ordures, dont ils remplissent leurs poches et qu'ils portent même à leur bouche. Ils n'ont plus la notion du temps, des lieux, de l'espace; ils ne comprennent plus les paroles qui leur sont adressées; ils reconnaissent à peine leurs parents les plus proches.

Arrive enfin le moment où, constamment souillés par leurs urines, leurs selles, ils gâtent sans cesse et plongent leurs mains dans les ordures dont ils recouvrent tout. Ils sont presque entièrement isolés du monde extérieur auquel ils ne semblent plus tenir que par la vie purement végétative. On les voit, quand il leur reste encore quelques forces, courbés sur leur assiette, s'aidant des mains et des lèvres pour faire pénétrer dans la cavité buccale les aliments qui leur échappent et avec lesquels ils se barbouillent.

B. *Symptômes accessoires.* — Les *conceptions délirantes des paralytiques*, quelque variées qu'elles soient, présentent toutes un fond de démence.

1° Le *délire ambitieux* chez ces malades diffère totalement de celui que l'on trouve chez les monomaniaques ambitieux. Il n'y a pas, comme chez ces derniers, une suite d'idées bien coordonnées, donnant quelquefois avec une netteté persuasive des preuves à l'appui de leur délire. Leurs allures, leur extérieur, leur ton, ne sont nullement en rapport comme chez le monomaniaque ambitieux avec les idées délirantes. On voit assez fréquemment le paralytique général pleurer en affirmant qu'il est heureux, qu'il jouit des félicités célestes, etc. Il distribue les millions, les titres, les empires, à froid pour ainsi dire, sans émotion, sans paraître apprécier ce qu'il dit. Rien de semblable, on le sait, chez les autres malades.

Dans la paralysie générale, le délire ambitieux ou mieux le délire de *satisfaction* est étendu à tout. Les paralytiques étalent toutes les qualités *du moi* au point de vue physique, intellectuel et moral. Après avoir vanté leurs forces et leur beauté (Voyez ces bras, quelle vigueur! quelles jolies dents, etc.!), il passent à leurs talents (Je suis poëte, littérateur, etc.), puis à leurs idées généreuses (Je fonderai des hôtels pour tout le monde, chacun aura son équipage, ses chevaux); arrivent ensuite les projets de fortune (l'or, les rubis, les diamants; ils sont rois de la terre), puis enfin, tout s'embrouille et se confond. Si, pendant qu'ils parlent de leur fortune, de leurs titres, de leurs idées grandioses, on les interrompt pour leur demander leur métier, souvent on obtient une réponse

exacte faite tranquillement sur le même ton (Je suis cordonnier, homme de peine, etc.).

2° Le *délire hypochondriaque* des paralytiques, dont Baillarger (1) a montré toute l'importance, présente, comme le délire ambitieux, ce cachet de démence sur lequel on ne saurait trop insister. Ils prétendent être bouchés, ne plus pouvoir manger, ni uriner, ni aller à la selle; ils ont trois cous, point de tête, une ouverture au gosier qui laisse échapper les aliments; ils ont une langue de chrysocale, un ventre de violon, etc. Les idées hypochondriaques changent, mais les conceptions délirantes conservent toujours le même caractère (préoccupation du moi avec un fond de démence).

3° Parmi les troubles moteurs accessoires, l'*inégalité pupillaire* est un des plus importants à connaître dans la période prodromique. Baillarger (2) a attiré l'attention d'une manière spéciale sur ce symptôme, et dans bien des circonstances, en effet, il peut être d'un grand secours. Dans les cas, par exemple, de stupeur mélancolique, alors que le malade immobile refuse de parler, l'inégalité des pupilles suffira pour tenir l'esprit en éveil et faire réserver le diagnostic.

L'inégalité pupillaire, que l'on rencontre aussi quelquefois dans l'alcoolisme, dépend tantôt de la dilatation, tantôt du resserrement plus considérable de l'une des pupilles, l'autre conservant son diamètre habituel.

Dans quelques cas, les deux pupilles sont largement dilatées, avec ou sans inégalité, d'autres fois elles sont resserrées également ou d'une manière inégale. La constriction peut, dans quelques circonstances, réduire l'orifice pupillaire à deux petits points; cet état se montre, en général, quand les troubles moteurs sont déjà très-avancés.

Austin (3) a voulu faire dire aux troubles pupillaires beaucoup plus qu'ils ne peuvent, et il les a interprétés d'une façon exagérée en voulant établir un rapport constant entre l'état des pupilles et la nature du délire.

4° On verra plus loin qu'il se surajoute par moments aux signes essentiels de la paralysie générale, d'autres phénomènes qui sont sous la dépendance le plus souvent d'un état congestif. Parmi ces phénomènes, il en est qui portent sur la parole et lui donnent *une hésitation* convulsive particulière; celle-ci est passagère, s'ajoute à l'embarras de la parole (signe essentiel) dont nous avons parlé, et présente une importance beaucoup moins grande.

5° La *déviation de la luette*, indiquée par Linas, est un symptôme qui ne paraît pas être très-fréquent; dans les cas douteux, il pourrait devenir un signe accessoire dont on devrait tenir compte.

6° La *convexité plus marquée du globe oculaire* (Moreau), l'*abaissement de la partie interne des sourcils* (Billod), l'*élévation* ou l'*abaissement de la partie moyenne des sourcils* abandonnant l'arcade dans ce point (Moreau), la *saillie avec la convexité plus marquée de la lèvre supérieure*, due à l'affaissement des commissures, sont tout autant de caractères qui appartiennent au masque du paralytique et qui sont en rapport avec l'affaissement des traits de la face. Ils donnent,

(1) Baillarger, *Note sur le délire hypochondriaque considéré comme symptôme et comme signe de la paralysie générale* (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, séance du 17 septembre 1860, t. LI, p. 434).

(2) Baillarger, *Ann. médico-psychol.*, 1859.

(3) Austin, *A practical account on general paralysis*. London, 1859.

en général, au visage de ces malades la physionomie impassible qui leur est propre. Il suffit de signaler ces symptômes dont l'importance est secondaire.

7° Le *mâchonnement*, le *grincement des dents*, le *mouvement de dégustation*, sont des symptômes peu importants, mais qui se montrent quelquefois et que l'on doit indiquer.

Troubles des sens. — Les hallucinations ne sont point fréquentes dans la paralysie générale, elles se montrent de préférence au début, et elles ne sont pas toutes de même nature (1).

La *vision* est quelquefois troublée, affaiblie ; dans quelques cas rares, elle peut être entièrement perdue d'un côté et même des deux yeux.

Le *goût*, l'*odorat*, diminués en général, sont quelquefois aussi le siége de perversions très-singulières ; les malades portent avec attrait à la bouche et au nez les objets les plus dégoûtants.

On a vu quelles modifications pouvaient survenir dans la sensibilité cutanée. La peau peut, en outre, être le siége d'éruptions furonculeuses, suivies, dans quelques cas, d'une amélioration notable.

Les *sphacèles partiels* (gangrène humide) d'un doigt, d'un orteil, etc., se rattachent, en général, à une période avancée de la maladie ; à ce moment aussi, quand le malade garde longtemps le lit, le sacrum, les parties saillantes s'ulcèrent, et il se forme des eschares profondes qui, en tombant, mettent à nu les surfaces osseuses.

Les *fonctions digestives*, un peu troublées au début de la maladie quand le paralytique est très-excité ou très-déprimé, comme cela arrive quelquefois, prennent plus tard une régularité parfaite ; la nutrition se fait bien et les malades engraissent.

A part les constipations ou les évacuations involontaires, il ne survient, en général, rien de particulier du côté du tube digestif jusqu'à l'époque où le malade, devenu cachectique, est pris quelquefois de diarrhée opiniâtre.

Circulation, calorification. — D'après les recherches de Louis Meyer (2), il y aurait augmentation dans la température du corps, principalement dans les cas où prédomine l'excitation maniaque. Cette élévation de la température bien constatée pourrait être, au début, de quelque secours pour le diagnostic. Quoique ce symptôme soit peu marqué, il serait bon d'en tenir compte. On sait que des recherches analogues, faites dans certaines phlegmasies des poumons chez les vieillards (Charcot), dans les maladies de l'enfance (H. Roger) (3), dans quelques maladies des adultes (C. Rougé) (4), ont donné des résultats satisfaisants.

(1) Les hallucinations qui accompagnent la paralysie générale peuvent être divisées en trois classes : les unes, sans cause appréciable, semblent constituer un phénomène purement psychique (hallucinations simples) ; d'autres peuvent se rattacher à une lésion du nerf acoustique, comme on le voit, par exemple, dans certaines maladies de la moelle se propageant vers le cerveau, dans l'ataxie où la sclérose des nerfs peut dans quelque cas être invoquée comme cause de ce phénomène (hallucinations symptomatiques) ; d'autres enfin se rattachent à l'alcoolisme. A Bicêtre où les paralysies générales de cause alcoolique sont fréquentes, on voit quelquefois persister pendant un temps plus ou moins long des hallucinations qui se sont montrées avec les excès de boissons (hallucinations de cause alcoolique).

(2) L. Meyer, *Annalen des Charité-Krankenhauses*. Berlin, 1858, Band VIII, S. 44.

(3) H. Roger, *Des modifications que présente la température chez les enfants dans l'état physiologique et l'état pathologique* (*Archiv. génér. de méd.*, 1844, 4e série, t. IV, p. 117).

(4) C. Rougé, *Recherches sur la température du corps dans les maladies*, thèse de Paris, 1862.

Les poumons deviennent quelquefois le siége d'inflammations qui, à la période ultime, prennent une forme grave et contribuent à entraîner la mort des malades.

Troubles du côté des organes génito-urinaires. — En général, les fonctions génitales languissent chez les paralytiques; mais dans quelques cas, au début, il en est tout autrement, et, chez quelques malades, des actes de démence sont dus à une salacité extrême.

Il est inutile de revenir sur les troubles dépendant de la contractilité de la vessie (rétention, incontinence), il en a déjà été question page 830.

Sander (1) a signalé et a rattaché à la résorption incomplète des éléments nutritifs, la sécrétion très-faible d'urée chez des malades qui mangeaient beaucoup et qui cependant maigrissaient,

Il nous faut dire un mot de l'*hématome auriculaire.* Cette collection sanguine de l'oreille, objet de tant de discussions au point de vue de sa pathogénie, siége entre le cartilage et le périchondre (Foville) (2), et dans beaucoup de cas s'accompagne de fracture du cartilage (autopsies de Bicêtre, Marcé, Magnan, 1863-1864). Aussi le traumatisme semble devoir être invoqué avant toute autre cause. A l'hospice de l'Antiquaille, à Lyon, une véritable épidémie d'hématomes auriculaires (1859) a cessé à la suite du renvoi de trois infirmiers violents.

Résumé des symptômes d'après leur ordre d'évolution. — La paralysie générale au début est très-variable, et peut se présenter sous les aspects les plus opposés. Aussi a-t-on cherché à former des groupes dans lesquels devaient entrer la plupart des cas. Calmeil (3) a classé en dix séries les modes suivant lesquels débute la paralysie générale, cependant cette division laisse encore échapper quelques faits, tant sont variées les formes de début de cette maladie. Jules Falret (4), tenant compte de la prédominance, suivant les cas, des symptômes physiques ou intellectuels, admet, quand les premiers prédominent, deux variétés (*congestive, paralytique*), et deux variétés (*mélancolique, expansive*), quand les derniers sont plus saillants.

Ce cadre ne peut point renfermer tous les faits, mais néanmoins il en embrasse un très-grand nombre, et cette division essentiellement clinique peut être conservée.

Après une période prodromique d'une durée variable, dans laquelle il n'y a que de simples modifications dans l'aptitude, le caractère et les habitudes des individus, on voit la maladie se présenter avec les caractères plus ou moins marqués de l'une des quatre formes de début indiquées page 828.

1° *Variété congestive.* — Une congestion brusque, subite, semble être le début de la maladie, mais les antécédents permettent de constater une période prodromique. En outre, aux symptômes propres à la congestion cérébrale, on voit s'ajouter bientôt quelques-uns des caractères de la paralysie générale.

2° *Variété paralytique.* — Ce sont les cas de ce genre qui ont fait naître l'idée de paralysie générale sans aliénation. Les malades, pendant plusieurs mois, vivent

(1) Sander, *Virchow's Archiv für pathologische Anatomie.* Berlin, t. XV, p. 160.

(2) A. Foville, *Recherches sur les tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés* (*Ann. médico-psychologiq.*, 1859).

(3) Calmeil, *Maladies inflammatoires du cerveau.* Paris, 1859, t. I, p. 291.

(4) Jules Falret, *Folie paralytique*, 1853, p. 25.

au milieu de leur famille, se livrent à leurs occupations ordinaires, sans que l'entourage puisse apercevoir dans les actes habituels de la vie, les troubles intellectuels et moteurs, encore peu avancés, qui sont les manifestations légères mais réelles de la maladie.

3° *Variété mélancolique.* — Les conceptions hypochondriaques prédominent, et comme on l'a vu, elles ont leur caractère spécial (Baillarger).

4° *Variété expansive.* — C'est le mode d'évolution le plus fréquent. Le délire ambitieux avec toutes ses formes, le besoin de mouvement, l'excitation quelquefois avec des troubles moteurs plus ou moins marqués, en sont les caractères. L'évolution paraît brusque quelquefois, mais comme dans les autres variétés, l'étude attentive des anamnestiques montre, en général, une période prodromique.

Dans ces cas assez nombreux où, avant le développement complet de la paralysie générale, on a constaté de la manie, celle-ci est presque constamment accompagnée de délire ambitieux ; de plus, l'examen attentif du malade laisse apercevoir, en général, quelque trouble du côté de la motilité ou de la sensibilité (inégalité pupillaire, hésitation de la parole, insensibilité de la peau, incontinence d'urine, etc.), trouble que l'on ne rencontre pas dans les manies ordinaires ; ce sont ces manies que Baillarger désigne sous le nom de *manies congestives.* Ces faits ne sont pas interprétés de la même manière par tous les médecins ; les uns regardent les manies congestives comme la première période de la paralysie générale ; pour Baillarger, elles ne sont pas encore la paralysie générale, mais ce sont des manies *spéciales*, différentes des manies ordinaires, parce que, d'une part, elles sont souvent suivies de paralysie générale, et que, d'autre part, elles sont accompagnées d'un *élément congestif* qui se reproduit fréquemment. Ces manies congestives tendent à la guérison : cette tendance se manifeste tantôt par une rémittence s'accompagnant encore de phénomènes graves, d'autres fois par une rémittence plus complète, d'autres fois enfin, tous les phénomènes disparaissent assez complétement pour que le malade puisse être considéré comme guéri. Mais la congestion se reproduit le plus souvent, les accidents reviennent, et pour ceux qui n'admettent point les manies congestives comme maladies distinctes, ce n'est qu'une phase de la paralysie générale (1).

Il suffira d'indiquer certains cas dans lesquels des accidents graves survenus subitement, ayant quelque analogie avec le délire aigu, se montrent dès le début et ont, en général, une issue funeste ; dans les cas rares où la mort n'arrive point il reste, après cet état aigu, du délire ambitieux, des troubles de la motilité, et de l'affaiblissement de l'intelligence. On voit encore quelquefois survenir des accidents choréiformes qui masquent complétement les troubles de la motilité et qui même quelquefois gênent l'exploration des autres symptômes.

Des troubles de la motilité et de la sensibilité (difficulté de la marche, douleurs ou anesthésie, à la fin souvent *paralysie complète*) se montrent chez certains malades dans les extrémités inférieures, longtemps, plusieurs années même avant le développement de la paralysie générale. Puis surviennent de l'incontinence ou de la rétention des urines et des matières fécales, plus tard des douleurs ou de la gêne en

(1) L'étude complète des antécédents, dans ces cas difficiles, le fond de démence que l'on retrouve derrière les conceptions délirantes de ces maniaques, la marche de la maladie, enfin l'anatomie pathologique, militent en faveur de l'opinion qui fait de ces manies congestives une première période de la paralysie générale.

ceinture, à la base de la poitrine ; du tremblement des mains ; plus tard encore de l'embarras de la parole, de l'inégalité pupillaire, et enfin de l'affaiblissement de l'intelligence avec des idées délirantes, hypochondriaques ou ambitieuses, quelquefois des hallucinations.

Telle est l'évolution habituelle des symptômes, sauf de très-rares exceptions, dans les cas de propagation de lésions de la moelle jusqu'au cerveau (Westphal, Magnan).

Toutes ces formes de début, quelque diverses qu'elles soient, s'effacent peu à peu, perdent insensiblement leurs particularités, leurs caractères saillants, pour converger vers le même point, se confondre et aboutir finalement à la même maladie, la paralysie générale avec ses caractères essentiels.

Ainsi, à la deuxième période, les troubles moteurs et sensitifs, les troubles intellectuels (signes essentiels), dominent la scène, et les diverses formes de délire, les diverses variétés de troubles de la motilité, s'ils se montrent parfois encore avec quelque acuité, ne sont plus capables, malgré l'éclat de leurs manifestations, de masquer les caractères essentiels qui, à cette époque, se montrent tous presque également (embarras de la parole, tremblement des lèvres et de la langue, tremblement des mains, marche chancelante, obtusion de la sensibilité, affaiblissement de l'intelligence, diminution de la mémoire).

Dès cette époque, on voit survenir parfois chez les malades des troubles moteurs et sensitifs des extrémités inférieures avec une intensité insolite ; ces cas, désignés sous le nom impropre de *paraplégies cérébrales*, sont dus à la propagation vers la moelle, des lésions de l'encéphale (Magnan). A la troisième période, l'attitude et le facies du malade, si caractéristiques, les troubles moteurs très-avancés, la démence, l'abolition presque complète de toutes les facultés morales et intellectuelles, sont des symptômes sur lesquels il est inutile de revenir.

§ VI. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Pour se faire une idée exacte de la marche de la paralysie générale, pour bien comprendre l'irrégularité des diverses manifestations dans la régularité de l'ensemble, la variété des formes dans l'uniformité du fond, il ne faut pas perdre de vue ce fait déjà mis en lumière par Guislain (1), à savoir, que dans la paralysie générale il y a deux maladies : une (principale) permanente, continue, progressive, à tendance fatale ; l'autre (accessoire) irrégulière, passagère, se montrant par saccades. La première ayant des lésions déterminées, avec ses symptômes propres, presque constamment les mêmes (symptômes essentiels) ; l'autre dépendant le plus souvent de la congestion, et présentant les manifestations les plus opposées (symptômes accessoires). La première n'est autre que la paralysie générale à l'état de simplicité avec des troubles moteurs et sensitifs, avec des troubles intellectuels (démence sans délire tranché). Ses prodromes sont insidieux, quelquefois très-lents, et consistent en ces modifications légères qui échappent si souvent aux yeux inexpérimentés. Insensiblement ils apparaissent avec des caractères plus tranchés, et à la deuxième pé-

(1) Guislain, *Traité sur l'aliénation mentale*. Amsterdam, 1826.

riode, comme on l'a vu, ils se montrent nettement, et sont faciles à reconnaître. On peut suivre alors leur marche continue et progressive et les voir arriver graduellement à leur développement le plus complet, à la troisième période.

Sur cette maladie, à marche uniforme, vient se greffer, par intervalles, la deuxième maladie avec ses manifestations bruyantes et variées. Celles-ci disparaissent pour reparaître d'une manière plus ou moins brusque à des époques indéterminées; elles donnent à la paralysie générale, ce caractère d'irrégularité qu'elle présente au premier aspect, quand derrière ces symptômes qui sont les plus apparents, on ne va pas rechercher les caractères fondamentaux.

Ces poussées successives (sous la dépendance, en général, de la congestion), quoique étant des phénomènes accessoires, impriment néanmoins à la marche générale de la maladie une impulsion notable et hâtent sa terminaison fatale quand elles se répètent fréquemment.

La *congestion* est un phénomène important dans la paralysie générale, mais son étude est loin d'être encore complétement élucidée. Sans insister sur ses différentes variétés, il suffira de donner la division de Marcé (1), qui n'est elle-même qu'une modification de la classification d'Aubanel (2): 1° forme légère avec excitation, 2° maniaque, 3° comateuse, 4° hémiplégique, 5° convulsive apoplectiforme, 6° formes irrégulières.

La *durée* de la paralysie générale est très-variable dans chacune de ses périodes et très-variable dans son ensemble. Quelquefois en moins de dix mois, les paralytiques arrivent à la période ultime, d'autres fois la maladie met deux ou trois ans à parcourir ses différentes phases.

Dans quelques cas exceptionnels, il survient des accidents congestifs aigus qui emportent rapidement le malade (marche aiguë de la paralysie générale) (3).

Tous les auteurs signalent aujourd'hui des faits à durée très-longue, dans lesquels la maladie s'est arrêtée dans sa marche.

Ces *rémittences* sont assez fréquentes à la première période, et il n'est pas très-rare de voir les malades revenir dans leur famille, reprendre leurs occupations et ne présenter que quelques modifications dans l'aptitude, le caractère, les allures. Souvent le fait seul des soucis, des fatigues de la vie ordinaire, amène des rechutes rapides, et, chose remarquable, la maladie semble alors regagner très-vite ce qu'elle avait en quelque sorte perdu pendant la rémittence.

Cependant on signale quelques faits dans lesquels les rémittences sont assez complètes et ont présenté une durée assez longue pour qu'on ait pu les considérer comme des guérisons (fait de Ferrus, rémission de vingt-cinq ans) (4).

La *terminaison* de la maladie arrivée à la période ultime n'offre pas de particularité notable; toutefois il n'est pas rare, à la fin de la deuxième période et au commencement de la troisième, de voir survenir la mort à la suite d'un accident ou d'une complication (corps étrangers dans les voies aériennes, pneumonie, diarrhée, eschares profondes, etc.).

(1) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*, p. 448.
(2) Aubanel, *Ann. médico-psychologiques*, t. VII, 1846, p. 189.
(3) Linas, *Recherches cliniques sur les questions les plus controversées de la paralysie générale*. Paris, 1857.
(4) Lasègue, thèse d'agrégation. Paris, 1853.

Rapports des lésions et des symptômes. — La plupart des auteurs se sont efforcés de placer dans une partie de l'encéphale la lésion caractéristique ou principale de la paralysie générale. Bayle, trouve l'altération dans les méninges ; Parchappe dans la couche corticale ; Calmeil, dans les méninges et la couche corticale (surtout la partie superficielle) ; Baillarger, dans la substance blanche des cornes frontales. Chacun trouve dans les symptômes des preuves pour étayer son opinion. On connaît d'abord les trois degrés pathologiques présentés par les lésions des méninges, et auxquels, d'après Bayle, correspondent les trois périodes de la maladie : monomanie, manie, démence.

Les troubles de l'intelligence, les troubles de la sensibilité et de la motilité sont suffisamment expliqués par les lésions qu'ont indiquées Parchappe et Calmeil. L'embarras de la parole, signe si important, le premier souvent à se manifester, est en rapport, pour Baillarger, avec la sclérose de la substance blanche, surtout en avant.

Les études histologiques (Rokitansky, Virchow, Salomon), en montrant la lésion primitivement dans le système vasculaire (capillaires), dans le tissu conjonctif (névroglie) ; en montrant aussi que cette lésion est le point de départ de modifications nutritives dans les éléments nerveux, expliquent bien l'évolution et l'étendue des symptômes essentiels de la paralysie générale (1). De plus, la congestion, jusqu'à présent, semble être la cause ordinaire des accidents irréguliers, passagers, qui constituent la plupart des symptômes accessoires.

Les lésions de la moelle se propageant vers le cerveau, celles du cerveau se propageant vers la moelle, sont, on l'a vu, dans un rapport intime avec les symptômes qu'elles déterminent, il suffit de le rappeler.

Ici, comme dans la démence sénile, le processus morbide porte primitivement son action sur le système capillaire, puis secondairement amène un trouble nutritif dans les éléments nerveux (cellules, tubes, myélocytes) ; mais, tandis que, dans la paralysie générale la lésion est régulièrement distribuée dans toute l'étendue de l'encéphale, dans la démence sénile il y a prédominance de la lésion dans certains points, distribution irrégulière, qui donne lieu aussi à des symptômes prédominants dans certaines parties, comme on le verra à propos du diagnostic (Marcé (2), Laborde) (3).

§ VII. — Diagnostic.

La paralysie générale se présente avec des caractères tellement tranchés à la deuxième et à la troisième période que le diagnostic n'offre aucune difficulté, mais il n'en est pas de même à la première période, où l'on peut prendre cette maladie pour une vésanie pure, et réciproquement. Aussi, doit-on avec le plus grand soin recourir aux antécédents, fouiller dans tous les actes de la vie du malade. On apprend qu'il est devenu irritable, qu'il développe une activité inaccoutumée,

(1) L'altération de la paralysie générale a une analogie frappante avec celle de la cirrhose (hépatique, pulmonaire) : dans les deux cas on voit le même processus morbide porter son action sur le tissu conjonctif (vaisseaux, gaînes, membranes fibreuses) et consécutivement amener des modifications nutritives dans les éléments constitutifs de l'organe.

(2) Marcé, *Recherches cliniques et anatomo-pathologiques sur la démence sénile et sur les différences qui la séparent de la paralysie générale* (Extrait de la *Gazette médicale de Paris*, 1863).

(3) Laborde, *Du ramollissement et de la congestion du cerveau, principalement considérés chez le vieillard*. 1861 et 1865.

qu'il est entreprenant, hardi, qu'il s'est lancé dans des spéculations aventureuses, etc. Ou bien qu'il est depuis quelque temps indifférent, apathique, qu'il néglige ses affaires, qu'il se fatigue vite, que la mémoire est devenue paresseuse. Quelquefois un vol, un acte indélicat ou impudique vient déceler un caractère important de la maladie, un commencement de démence. Souvent on apprendra, de plus, que le malade s'est plaint de pesanteur de tête, d'*étourdissements*, de bruits dans les oreilles, etc. L'exploration directe fera, en outre, découvrir quelque signe du côté de la motilité (embarras dans la parole, inégalité pupillaire, etc.).

Chacun de ces signes séparément n'a qu'une valeur bien secondaire, mais par leur ensemble ils forment une base solide au diagnostic. Ils manquent dans la *manie ambitieuse simple*, dans la *monomanie ambitieuse*, où, de plus, les idées se succèdent avec assez de suite et de logique, malgré leur invraisemblance et leur point de départ erroné.

Dans quelques circonstances, une exploration complète n'est pas possible : s'agit-il, par exemple, d'un malade atteint de *stupeur mélancolique*, on le trouve immobile, muet; mangeant, si on porte les aliments à la bouche; ne donnant aucun signe de douleur au pincement, aux piqûres, totalement isolé du monde extérieur. On en est réduit à un petit nombre de signes (quelques troubles de la motilité; des phénomènes paralytiques des muscles de la vie organique, l'inégalité pupillaire), et si les antécédents ne sont pas très-précis, on suspend son diagnostic. Souvent, dès que le malade se décide à parler, on constate ou bien de l'embarras de la parole, du tremblement de la langue ou des lèvres, et assez souvent des conceptions délirantes spéciales, hypochondriaques ou plus rarement ambitieuses.

L'*alcoolisme* peut quelquefois être difficilement distingué de la paralysie générale. Celle-ci, dans les cas ordinaires, n'a pas, sans doute, les hallucinations, l'attitude, le tremblement propres à l'alcoolisme; mais ne sait-on pas qu'il est des cas où cette dernière maladie se développe avec et même sous l'influence de la paralysie générale ; les symptômes alors se confondent : on a, en quelque sorte, une maladie hybride, qui n'est pas nettement l'alcoolisme, qui n'est pas davantage la paralysie générale, et qui pourtant se rapproche par quelques traits des deux maladies. Dans ces cas difficiles, si l'on n'a pas une connaissance exacte des antécédents, il faut attendre, pour puiser dans la marche de la maladie les éléments du diagnostic. Les troubles de la motilité diminueront assez rapidement, la parole deviendra libre et il ne restera qu'un tremblement léger des mains. La mémoire sera nette, les réponses exactes, la physionomie prendra son expression habituelle. Dans les cas, au contraire, où l'alcoolisme est subordonné à la paralysie générale, ces accidents cesseront aussi assez rapidement, mais d'une manière incomplète ; l'hésitation de la parole persistera, il y aura souvent de l'inégalité des pupilles, de la lenteur dans les réponses, une mémoire affaiblie, de l'apathie, de l'insouciance ; le malade se promènera dans les cours, causant peu avec l'entourage, se tenant mal, mangeant avec gloutonnerie. Il présentera encore quelquefois du délire ambitieux ou hypochondriaque. L'alcoolisme s'accompagne, dans certaines circonstances, de délire ambitieux ayant de l'analogie avec celui du paralytique, mais si ce délire ne cesse point avec les accidents aigus, il devient un symptôme grave, qui malheureusement ne tarde pas, en général, à être suivi par les symptômes caractéristiques. (Voy. FOLIE ALCOOLIQUE.)

La paralysie générale chez le vieillard présente, dans quelques circonstances, une difficulté assez grande au diagnostic, à cause de quelques-uns de ces caractères qui se rapprochent de ceux de la démence sénile. Dans les deux maladies, on voit des troubles de la motilité; mais, tandis que la démence sénile s'accompagne d'un affaiblissement réel, on a vu prédominer, dans la paralysie générale, les caractères d'irrégularité, de désordre, plutôt que la paralysie qui n'arrive qu'à la troisième période. Ici encore les troubles moteurs se montrent également des deux côtés du corps, et c'est par exception que l'on voit survenir une paralysie locale, une hémiplégie, qui persistent seulement dans des cas exceptionnels. Dans la démence sénile, au contraire, l'hémiplégie absolue ou relative est la règle, l'affaiblissement tout à fait égal des deux côtés est l'exception.

Ainsi, qu'on examine un vieillard atteint de démence sénile, il est rare que l'on ne trouve l'un ou l'autre des symptômes suivants : l'abaissement ou la déviation de l'une des commissures; l'affaissement des traits de la face d'un côté; la déviation de la langue quand elle est tirée hors de la bouche; l'affaiblissement de l'une des mains perceptible au dynamomètre; l'affaiblissement de l'une des jambes appréciable quand on fait sauter le malade sur un seul pied.

L'embarras de la parole dans la démence sénile diffère beaucoup de ce que l'on observe dans la paralysie générale, surtout quand on oppose deux cas un peu tranchés: dans la première, la parole est pâteuse, confuse, comme si les malades avaient un corps étranger dans la bouche; le paralytique général, au début, a une hésitation particulière, un moment d'arrêt suivi d'une détente, et, plus tard, cette parole traînante dont on connaît déjà les caractères.

Les troubles intellectuels offrent aussi de la différence : dans la démence sénile, l'affaiblissement de l'intelligence arrive peu à peu, le malade s'émotionne facilement, s'alarme ou se livre à la joie, sans motifs suffisants; mais, néanmoins, son jugement, au début, conserve une certaine rectitude. Dans la paralysie générale, l'intelligence semble d'emblée plus profondément atteinte : ainsi les vols, les actes impudiques, indélicats, sont de beaucoup plus fréquents dans la paralysie générale, où ils arrivent dès la première période, tandis que si on les observe dans la démence sénile, ce n'est qu'à une période avancée.

Enfin, le délire ambitieux, le délire hypochondriaque, les autres symptômes accessoires ne se montrent dans la démence sénile que d'une façon tout à fait exceptionnelle.

Des phénomènes convulsifs variables, épileptiformes, choréiformes, etc., peuvent, dans des cas rares, masquer la paralysie générale, mais, le plus souvent, ces accidents sont passagers et les caractères propres de la maladie ne tardent pas à se montrer.

Le *pronostic* est suffisamment connu par ce qui a été dit à propos de la marche de la maladie et des rémittences, il est inutile d'y insister.

§ VIII. — Traitement.

Il est peu de maladies à terminaison fatale dont la marche soit aussi favorablement modifiée par le traitement que la paralysie générale.

Il ne faudra pas craindre, dès le début, de conseiller l'isolement, ou bien encore les voyages, pour enlever le malade aux principales causes d'excitation qui, en gé-

néral, trouvent leur source dans ses occupations ordinaires, dans sa vie habituelle.

Il est évident pour tous, que les paralytiques vivant dans de bonnes conditions hygiéniques, auprès desquels une surveillance rationnelle s'applique à écarter toutes les conditions pathogéniques que l'on a indiquées, non-seulement prolongent leur existence, mais encore présentent des rémittences, qui, dans quelques cas, sont presque la santé.

Le traitement par lequel on cherche à obtenir des rémittences, c'est-à-dire on s'attache à éloigner toute complication, s'adresse surtout à l'élément congestif. La médication consiste principalement dans l'emploi sous toutes les formes des dérivatifs et des révulsifs.

Mais la paralysie générale, une fois réduite à son état de simplicité, ne peut-elle pas elle-même être traitée directement? Jusqu'à présent les tentatives faites dans ce sens ont été à peu près infructueuses, mais ce n'est point un motif pour ne rien tenter.

Le processus morbide qui semble présider à la production de la paralysie générale a de l'analogie avec certaines manifestations de la syphilis. On trouve dans les deux maladies cette modification nutritive qui imprime au tissu conjonctif une tendance à la prolifération de ses éléments. Il est des médicaments, l'*iodure de potassium* en particulier, dont l'action (*résolutive*) semble s'adresser d'une manière plus spéciale à cette modification nutritive, même en dehors de la syphilis. Lucas a employé à Bicêtre ce médicament, mais ses résultats ne sont pas encore ni assez nombreux, ni assez probants pour formuler une opinion précise à ce sujet; il en est de même des essais faits en Allemagne par le bromure et l'iodure de potassium: mais, dans tous les cas, c'est une médication qu'il est rationnel d'employer, et dont on est en droit d'attendre de bons résultats.

Dans la période prodromique, dès les premières manifestations, on doit éloigner du malade toute cause de fatigues intellectuelles ou morales; les excès (de boissons, de table, de coït, etc.) seront évités avec soin. On établira de bonne heure un traitement approprié à la variété de forme qu'affectera la maladie au début.

C'est ici surtout qu'il faudra tenir compte des conditions dans lesquelles se seront produites les premières manifestations; rechercher s'il n'existe point de cause spéciale ou même spécifique à laquelle la maladie puisse être rattachée (Girard de Cailleux). Dans tous les cas de paralysie générale (saturnine, alcoolique, syphilitique, pellagreuse, etc.), les premières indications thérapeutiques seront tirées de la connaissance de ces divers états.

Baillarger a remarqué chez beaucoup de malades, à la première période (manies congestives), une tendance à la production de suppurations plus ou moins étendues dans diverses parties du corps (éruptions furonculeuses, anthrax, abcès, suppurations abondantes des plaies accidentelles, etc.), et il a souvent observé à leur suite une amélioration notable. C'est dans l'examen de ces faits qu'il a puisé des préceptes pour la pratique.

Il détermine, chez la plupart de ces malades, des révulsions cutanées énergiques à l'aide de frictions avec l'huile de croton tiglium, quelquefois aussi avec la pommade stibiée, successivement sur les mollets, les cuisses, sur différentes parties du dos; après deux, trois frictions faites tous les jours ou tous les deux

jours, on aperçoit une éruption impétigineuse, quelquefois très-confluente, qui provoque dans ces régions un mouvement fluxionnaire très-actif.

En outre, à l'aide de l'aloès (2 à 4 pilules d'Anderson ou de Brontius, ou simplement 4 à 8 pilules renfermant 5 centigrammes d'aloès), il détermine, vers le tube digestif, surtout dans les organes du petit bassin, une révulsion qu'il augmente encore, suivant les forces du malade, par l'application au siége de sangsues en petit nombre (2 à 6) ; mais cette application de sangsues est répétée deux à trois fois à quatre ou cinq jours d'intervalle. Quand l'aloès n'est pas bien toléré, on peut lui substituer l'eau-de-vie allemande à la dose de 10 à 20 grammes tous les deux ou trois jours. Les lavements salés, les lavements purgatifs (huile de ricin, sulfate de soude, de magnésie), sont les adjuvants de cette médication.

On peut encore faire usage de ventouses sèches appliquées sur différentes parties du corps, et aussi de ventouses scarifiées à la nuque, répétées plusieurs fois si le malade est jeune et pléthorique.

On aura surtout recours à une bonne hygiène. Le régime sera surveillé avec soin, on réglera l'appétit quelquefois vorace des malades ; on supprimera les aliments de digestion difficile, on proscrira les boissons excitantes, on s'efforcera d'entretenir la liberté du ventre pour éviter les mouvements fluxionnaires vers la tête. Le soir, plus particulièrement, on surveillera le régime pour éviter soit des indigestions, soit la lenteur dans les fonctions digestives, ou la paresse et la plénitude de l'estomac qui s'accompagnent ordinairement de lourdeurs de tête et de congestions vers le cerveau.

Dans la forme mélancolique de la paralysie générale, il existe quelquefois une dépression considérable et l'on est appelé à relever les forces et à stimuler l'organisme par un régime tonique : les amers, le quinquina, le fer, l'huile de foie de morue ; par les bains sulfureux. Dans certains cas, on obtient de bons résultats des préparations arsenicales (10 à 20 gouttes de liqueur de Pearson) continuées pendant deux et même trois mois, en interrompant son emploi pendant quelques jours toutes les trois semaines.

Un séton à la nuque, des cautères, des moxas, des vésicatoires entre les épaules, peuvent rendre des services dans les cas où le malade n'étant point affaibli reste dans un état de torpeur et d'inertie de quelque durée.

S'il survient une excitation un peu vive, surtout dans la forme expansive, il faut recourir aux bains tièdes prolongés, en recommandant les applications froides sur la tête pendant la durée du bain (linge mouillé, affusion, éponge, vessie). Ces bains prolongés pourront être continués plusieurs jours de suite, à la condition que le sommeil et l'appétit seront conservés.

Dans le cours ou au début de la paralysie générale, il survient quelquefois des congestions ; il faut insister sur les révulsifs du côté de la peau et du tube digestif (drastiques surtout) ; appliquer des sangsues aux mastoïdes. Dans la forme comateuse de la congestion, on pourra recourir, mais avec modération, aux saignées générales.

Les émissions sanguines générales ne pourront guère être employées qu'au début de la maladie chez les individus robustes ; plus tard, il faudra se méfier des apparences pléthoriques des malades ; les paralytiques ont quelquefois un embonpoint considérable avec un fond de débilité, un défaut de réaction souvent très-marqués.

Si ces congestions se montrent chez la femme vers les époques menstruelles, comme on l'observe quelquefois, il faudra plus particulièrement insister sur les pédiluves, sur les attractifs (sinapismes, cataplasmes chauds, etc.) au haut des cuisses; ou même recourir à une application de sangsues (4 à 10) à la face interne des cuisses.

Dans les étourdissements, les mouvements congestifs légers qui accompagnent quelquefois même la paralysie à l'état de simplicité, les pédiluves, les purgatifs salins seront suffisants.

Dès la fin de la deuxième période, plus souvent à la troisième, la peau devient le siége d'eschares (irritation par les matières alvines involontaires, pression par le séjour au lit, tendance à la gangrène) ; on les pansera soigneusement, dès le début, avec des compresses cératées, imbibées de vin aromatique, plus tard avec la poudre de quinquina ou un mélange de poudre de quinquina et de charbon.

En résumé, on emploiera des dérivatifs ou des révulsifs du côté de la peau et du tube digestif; des émissions sanguines locales; des bains avec des applications froides sur la tête ; des toniques, fer, quinquina, etc. ; l'iodure de potassium ; mais, avant toute chose, des soins hygiéniques dès le début.]

ARTICLE X.

PARALYSIE (DITE ESSENTIELLE) DE L'ENFANCE.

[On a l'habitude d'attribuer à Underwood la découverte de la paralysie de l'enfance ; c'est là une assertion à laquelle ne souscriront pas assurément ceux qui se donneront la peine de lire cet auteur. Sous le nom de *débilité des extrémités inférieures*, Underwood a signalé, il est vrai, une espèce de paralysie qui avait peu préoccupé jusqu'alors les médecins d'enfants ; mais il est très-peu édifié sur cette paralysie qu'il rapporte soit à la *dentition*, soit à la *saburre intestinale*, soit à la *convalescence* après quelques fièvres, soit au *vice scrofuleux*, il n'est même pas bien sûr qu'elle ne soit pas produite par une *carie des vertèbres*. Il y a loin, on en conviendra, de ces incertitudes à la connaissance d'une maladie parfaitement déterminée ; mais Underwood n'en a pas moins dû contribuer puissamment à cette connaissance, en appelant l'attention sur des états paralytiques peu ou point connus avant lui (1).

Quelques faits rapportés par Schaw en 1822, par Badham en 1835 (2), ont été considérés aussi comme appartenant à la paralysie dite essentielle de l'enfance.

Mais il faut arriver à J. Heine (1840) pour trouver un commencement de la notion exacte de cette maladie, à l'étude et à la description de laquelle cet auteur a consacré deux monographies remarquables (3).

(1) Michaël Undervood, *Traité des maladies des enfants*, traduit de l'anglais par Eusèbe de Salle, avec notes de Jadelot, 1823 (chap. IV, p. 674-677).

(2) Schaw, *Nature and treatment of the distorsion to which the spine and the bones of the Chest are subject*, 1822. — Badham, *The London medical and surgical Journal*, 1835 ; et *Gaz. médic. de Paris*, 1825, p. 325.

(3) Jos. Heine, *Beobachtungen über Lachmungszustaende der untern Extraemitaeten*, etc. Stuttgart, 1840, avec 7 pl.; et *Spinale Kinderlachmung*, 1852.

Parmi les auteurs des autres travaux qui se sont produits sur ce sujet, et dont la plupart sont certainement inférieurs à ceux de Heine, nous signalerons Rilliet et Barthez (1), qui ont eu le mérite de traiter les premiers, en France, de la maladie dont il s'agit, Kennedy (2), West (3), Bouchut (4), Duchenne (5), Brunniche (6), etc.

Laborde a repris récemment cette étude, et il s'est efforcé de restituer à la maladie son individualité en la dégageant des confusions nombreuses dont elle avait été enveloppée; il a donné de cette affection une description nosologique complète, et il a montré, par l'observation directe, qu'elle avait pour expression anatomique une lésion de la moelle épinière dont il a déterminé le siége et la nature, lésion qui jusqu'alors n'avait été que soupçonnée (7).

§ I. — Synonymie, fréquence.

Synonymie : *Paralysie essentielle de l'enfance* (Rilliet et Barthez, et la plupart des auteurs); *spinale Kinderlachmung* (Heine); *Essentiale Lachmung der Kinder* (Vogt); *paralysie atrophique graisseuse de l'enfance* (Duchenne); *paralysie myogénique* (Bouchut); *torpeur douloureuse des jeunes enfants* (Chassaignac), etc.

Depuis que la réalité d'une altération myélitique a été démontrée dans cette affection (voy. *Anatomie pathologique*), il n'est plus permis de conserver dans sa désignation l'épithète d'*essentielle;* l'appellation qui lui conviendrait le mieux, en prenant la caractéristique anatomique, serait celle de *paralysie spinale de l'enfance*, qui a déjà été proposée et adoptée par Heine.

Mieux qu'une définition qui serait nécessairement incomplète, le tableau nosologique suivant donnera une idée générale exacte de la maladie.

Chez un enfant, garçon ou fille, normalement conformé, ne présentant à la naissance aucune atteinte de la motilité, et dont l'âge varie de quelques jours à quatre ans, plus souvent de un an à trois, éclate soudain, sans cause appréciable et en pleine santé, un état fébrile d'une durée de vingt-quatre heures à quelques jours (rarement plus de huit), accompagné quelquefois de symptômes convulsifs, et immédiatement suivi d'une paralysie du mouvement avec conservation de la sensibilité; souvent complète et généralisée dès le début, cette paralysie qui n'atteint que par exception les membres supérieurs isolément, et qui affecte presque toujours la forme paraplégique, éprouve bientôt une rémission dans son étendue et dans son intensité, elle se retire de certaines parties où elle s'était d'abord montrée et se fixe en se localisant de plus en plus dans d'autres, lesquelles se trouvent de la

(1) Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants*, 1843; — *idem*, nouv. édit., t. II, p. 335. — Voy. aussi Rilliet (seul), *Gaz. méd. de Paris*, 1851, p. 681.

(2) Kennedy, *Dublin med. Press*, septembre 1841. — *Dublin Quarterly Review*, etc., février 1850; — *idem*, novembre 1861. — *Union médicale*, 24 juillet 1862.

(3) West, *On some forms of Paralysis incident to Infancy*, etc. (*The London med. Gaz.*, 1845; — *Lectures on the Diseases of Infancy*, 1848).

(4) Bouchut, *Traité des mal. des nouveau-nés, etc.*, 1853, et nouvelle édition. Paris, 1862.

(5) Duchenne, *Electrisation localisée*. 1856, 2e édit. Paris, 1862.

(6) Bruniche, *Journ. für Kinderkrankheiten*, 1851, liv. v et vi.

(7) Laborde, *De la paralysie (dite essentielle) de l'enfance, des déformations qui en sont la suite et des moyens d'y remédier*, thèse de doctorat. Paris, 1864. — Voy., pour la bibliographie plus complète, l'Index qui est à la fin de ce travail.

sorte (et alors que l'organisme est en voie d'accroissement) vouées à l'atrophie, aux déformations, en un mot, aux divers désordres qu'engendrent, d'une part, les altérations de nutrition et l'impuissance motrice prolongée, d'autre part, la prédominance de l'action des muscles sains sur celle des muscles paralysés.

Telle est, sous son aspect le plus général, et esquissée avec ses traits les plus saillants, la physionomie de cet état pathologique, il est connu sous le nom de *paralysie essentielle de l'enfance.*

§ II. — Symptomatologie, marche.

Considérée dans ses symptômes et dans son évolution, la paralysie de l'enfance peut être divisée en quatre périodes assez distinctes :

1° *Invasion et début : période fébrile ;* 2° *période de paralysie plus ou moins complète et généralisée ;* 3° *rémission et localisation des phénomènes paralytiques ;* 4° *période d'atrophie avec ou sans dégénérescence musculaire, et de déformation des membres.*

1° *Période d'invasion ou fébrile.* — Le début de la paralysie de l'enfance est, en général, instantané, sans prodromes, et les phénomènes initiaux se manifestent selon l'un des modes suivants :

État fébrile avec ses manifestations ordinaires : malaise, anorexie, tristesse et plaintes de l'enfant.

Accidents nerveux (convulsions, contractures initiales) avec ou sans fièvre.

Manifestation de la paralysie d'*emblée* sans aucun autre phénomène concomitant.

La fréquence, on pourrait presque dire la constance d'un *état fébrile* au début de la paralysie de l'enfance, a été généralement méconnue ; les faits attentivement observés montrent que *quarante fois sur cinquante*, la fièvre précède immédiatement les manifestations paralytiques (Laborde) ; la *soudaineté* de son apparition et sa *courte durée* sont deux de ses principaux caractères, et qui font qu'elle a échappé si souvent à l'observation. Chez la plupart des malades, en effet, elle ne se montre que pendant vingt-quatre à quarante-huit heures ; plus rarement elle se continue durant huit jours, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on l'a vue se prolonger plusieurs septénaires. Tantôt très-légère et ne s'exprimant que par un peu de malaise et d'agitation, elle est d'autres fois plus intense et accompagnée de somnolence ; presque toujours elle est *continue ;* dans quelques cas cependant elle peut revêtir le caractère *intermittent* ou plutôt *rémittent.*

Les accidents convulsifs liés à la période initiale de la paralysie de l'enfance sont très-rares ; c'est par suite d'erreur ou de confusion qu'on a admis leur existence habituelle ou même fréquente. Lorsque des convulsions se montrent, elles ont presque toujours pour siége les *membres*, rarement la face ; cependant quelques grimaces convulsives y ont été quelquefois observées ; elles affectent constamment la forme *tonique*, tantôt elles n'apparaissent qu'une seule fois et la paralysie succède alors à une attaque convulsive unique et de courte durée ; tantôt, mais plus rarement, l'attaque convulsive se répète plusieurs fois et à des distances plus ou moins éloignées avant que la paralysie éclate définitivement.

Il en est de la *contracture* comme des convulsions, elle est très-rare, sinon com-

plétement absente dans les conditions dont il s'agit ; c'est parce qu'elle a été confondue soit avec la *contracture douloureuse des extrémités* (maladie à part), soit avec la *rétraction* musculaire, que quelques auteurs (Kennedy, Rilliet et Barthez, Vogt, Brunniche, Duchenne) l'ont considérée comme un des modes de début de la paralysie de l'enfance ; c'est tout au plus si l'on observe, dans quelques cas, de simples spasmes plus ou moins passagers ou un certain degré de roideur des muscles sacro-spinaux (Laborde).

Il est des cas dans lesquels la paralysie semble débuter d'emblée sans aucun phénomène précurseur ou d'accompagnement. Pour bien apprécier cette alternative qui, sans doute, est possible, il faut avoir soin de se mettre en garde contre deux causes d'erreur : la possibilité d'un état morbide *congénital*, et les difficultés de remonter avec une parfaite certitude aux phénomènes initiaux, lorsqu'on n'a pu y assister.

2° *Période de paralysie.* — Les troubles fonctionnels de cette période portent essentiellement sur la *motilité* et la *sensibilité ;* ce sont, du côté de la motilité : la paralysie du mouvement, les modifications de la contractilité musculaire et des phénomènes réflexes ; du côté de la sensibilité : les troubles de la sensibilité générale et spéciale.

La *paralysie du mouvement* se montre, dès son invasion, à son plus haut degré en *étendue* comme en *intensité ;* si elle se modifie consécutivement, c'est pour s'atténuer.

En étendue, elle peut d'emblée occuper non-seulement les *quatre membres*, mais encore le *tronc* et le *col ;* elle est en même temps *complète ;* toutefois les membres supérieurs sont habituellement atteints à un moindre degré que les membres inférieurs, aussi verrons-nous les phénomènes paralytiques se retirer plus ou moins rapidement des premiers, pour se fixer de préférence sur les seconds.

Il importe de remarquer que les muscles de la vie végétative, et notamment les sphincters, ne participent presque jamais à cette généralisation paralytique ; mais il ne faut pas, avec quelques auteurs, poser ce fait en règle absolue : Laborde (1), d'accord en cela avec Heine, a noté, dans quelques cas, l'émission involontaire des urines, et un certain degré de rétention des fèces. Un autre fait, sur lequel il n'est pas indifférent d'insister, c'est que l'*état fébrile* de la première période ne fait presque jamais défaut dans les cas où la paralysie est très-étendue.

La forme habituelle de cette paralysie, c'est la *paraplégie ;* quelquefois elle est *croisée*, c'est-à-dire qu'elle implique un membre supérieur d'un côté et l'extrémité inférieure du côté opposé ; l'*hémiplégie* d'emblée n'est point du fait de la maladie dont il s'agit ; elle appartient aux affections d'origine cérébrale confondues avec la paralysie de l'enfance.

Par un contraste singulier, la *sensibilité* est peu ou pas du tout atteinte : on observe quelquefois un certain degré d'anesthésie au début de la maladie et lorsque ce début est marqué par des phénomènes très-intenses ; cette semi-anesthésie se montre dans les parties occupées par la paralysie motrice ; mais tandis que celle-ci persiste, tout en se localisant, celle-là disparaît rapidement. On conçoit combien, en raison de l'âge des petits malades qu'il s'agit d'explorer, il est difficile de se

(1) Laborde, *De la paralysie (dite essentielle) de l'enfance.*

montrer affirmatif relativement à l'existence de l'*hyperesthésie*, d'autant que la présence, dans quelques cas, de spasmes réflexes passagers, constitue, à ce sujet, une autre source d'illusions ; il n'est pas impossible cependant de constater quelquefois de véritables douleurs *rachialgiques*, douleurs qui ne sont pas sans quelque valeur sémiologique.

Les modifications de l'*action réflexe* dépendent de la période et du degré de la maladie ; elles présentent, d'ailleurs, de grandes variations, dont la raison n'est pas parfaitement connue : au début de l'affection, le pouvoir réflexe est tantôt aboli, tantôt seulement diminué, tantôt conservé dans toute son intégrité : l'inconstance de ce résultat s'accorde peu avec cette affirmation absolue de Duchenne : « Les mouvements réflexes n'ont *jamais lieu* dans la paralysie atrophique de l'enfance. » Ce qu'il est seulement permis d'affirmer, c'est que les mouvements réflexes sont presque toujours abolis dans les cas où un très-grand nombre de muscles sont atteints par la paralysie et l'atrophie consécutive ; alors les membres inférieurs présentent l'attitude singulière qui les fait très-exactement ressembler à un membre dit de *Polichinelle*.

Les mêmes réserves et les mêmes distinctions doivent être faites touchant l'état de la *contractilité musculaire* sous l'excitation électrique : à part les difficultés inhérentes au procédé même d'exploration dont on ne s'est pas assez préoccupé, il y a celle d'assister au début de la maladie ; les résultats de Duchenne ne s'appliquent certainement pas à cette période, et c'est tout au moins s'exposer à l'illusion que de les accepter dans leur généralisation. La seule déduction positive que permettent, jusqu'à plus ample informé, les recherches faites sur ce sujet délicat, c'est que la diminution, sinon la perte complète, de l'excitabilité électro-musculaire est assez hâtive, sans qu'il soit possible de préciser au juste l'époque où elle apparaît, et, secondement, qu'une relation directe semble établie entre l'existence et l'intensité de ces modifications et celles des altérations de nutrition des muscles paralysés.

3° *Rémission et localisation des phénomènes paralytiques.* — La *rémission* et la *localisation* successives des phénomènes paralytiques, après avoir atteint leur plus haut degré d'intensité et d'étendue, constituent assurément l'un des caractères les plus remarquables de cette paralysie : cette rémission se fait le plus souvent des parties supérieures aux parties inférieures ; elle n'affecte une marche inverse que dans les cas relativement plus rares où la paralysie se fixe définitivement dans les membres supérieurs.

Aux membres inférieurs, la paralysie se concentre, en dernière analyse, avec une prédilection remarquable et constante sur le groupe antéro-externe des muscles de la jambe, qui comprend : le long extenseur commun des orteils, l'extenseur propre du gros orteil, le jambier antérieur, le long et le court péroniers latéraux ; parmi les muscles, l'extenseur commun, les péroniers et le jambier antérieur sont l'objet d'une atteinte encore plus fréquente. Dans le groupe postérieur des muscles de la jambe, les gastrocnémiens sont ceux dans lesquels se localise plus particulièrement la paralysie. Plus rarement les muscles de la cuisse participent à la paralysie définitive ; la localisation et la prédominance paralytiques portent principalement sur les muscles extenseurs de la jambe sur la cuisse.

Aux membres supérieurs, la paralysie se localise d'abord dans un seul bras, puis

dans un ou plusieurs muscles de ce bras : le *deltoïde* jouit à cet égard d'un véritable et triste privilége ; la déformation et l'attitude auxquelles donne lieu la paralysie de ce muscle sont, comme nous le verrons bientôt, caractéristiques.

Enfin la paralysie peut quelquefois se localiser et persister dans les muscles lombaires et sacro-spinaux, si l'on en croit Duchenne (1) ; mais ces cas sont exceptionnels.

4° *Atrophie et dégénérescence musculaires. — Déformations.* — L'*atrophie* des muscles dans lesquels s'est définitivement localisée la paralysie est un fait constant et en quelque sorte fatal : bien qu'il soit difficile de préciser le moment où commence cette atrophie, une étude attentive de la période de rémission permet d'établir qu'il en existe des traces réelles et appréciables dès le *deuxième mois ;* la rapidité de l'apparition et des progrès de l'atrophie semble, d'ailleurs, être subordonnée au degré d'intensité de l'affection primitive. La réduction du volume des muscles qui la constitue est très-variable selon les cas et surtout selon l'âge de la maladie ; cette réduction peut être telle que les muscles qui en sont le siége paraissent avoir complétement disparu ; l'examen cadavérique montre, toutefois, qu'il en reste toujours quelque chose, ne fût-ce qu'un cordon fibreux plus ou moins grêle. Lorsque le tissu adipeux a pris la place du tissu musculaire, le volume des muscles, bien que réduit, l'est moins que dans le cas d'atrophie simple, et ceux-ci offrent, au toucher, une consistance particulière, comme *lipomateuse*, qui révèle jusqu'à un certain point la nature du tissu de dégénérescence ; toutefois ce caractère n'est pas absolu et peut donner lieu à l'erreur, tout aussi bien que le résultat de l'examen par l'électricité (2).

Les autres parties du membre affecté, os, ligaments, vaisseaux, participent également à l'atrophie ; elle s'exprime sur les os par une diminution non-seulement dans le volume, mais aussi dans la longueur ; il en résulte un raccourcissement des membres qui, dans sa *réalité*, peut atteindre jusqu'à 3 et 4 centimètres, d'où une claudication plus ou moins considérable.

Dès que la paralysie s'est définitivement fixée dans certains muscles, le membre est fatalement voué à des *déformations* qui résultent soit de la mise en jeu des propriétés inhérentes aux muscles restés sains, soit de la prédominance de l'action des muscles moins malades sur celle des muscles plus profondément atteints. Bien que la connaissance de ces déformations soit d'une haute importance, tant au point de vue de la sémiotique que du traitement qu'il convient de leur opposer, nous ne pouvons entrer ici dans les détails de leur description : nous renvoyons pour cela au travail de Laborde, qui a consacré à cette description un long chapitre (3). Qu'il nous suffise de dire que ces déformations ont surtout pour siége les pieds et qu'elles y sont constituées essentiellement par le pied bot et ses diverses variétés (particulièrement le *varus équin*) ; que, beaucoup plus rares à la jambe et à la cuisse, elles y sont exprimées le plus souvent par des mouvements de flexion forcée et permanente combinée à l'adduction ou à l'abduction ; qu'au tronc elles consistent en des courbures rachidiennes compensatrices plutôt qu'en des déformations réelles ; qu'enfin, aux membres supérieurs, les déformations résultent particulière-

(1) Duchenne (de Boulogne), *Électrisation localisée*, 2e édition. Paris, 1861, p. 876.
(2) Laborde, *loc. cit.*, p. 50.
(3) Laborde, *loc. cit.*, p. 52 et suiv.

ment du défaut d'action du deltoïde dont l'atteinte se révèle par des phénomènes caractéristiques, savoir : aplatissement de l'épaule, dépression plus ou moins profonde selon le degré de l'atrophie au lieu de la saillie deltoïdienne, disjonction et écartement appréciable des surfaces articulaires, par suite, véritable dislocation du bras, lequel est pendant le long du corps, ne peut être volontairement relevé, et n'a de mouvements que ceux qui lui sont communiqués soit par autrui, soit par la main saine du petit malade.

Aux altérations de nutrition qui constituent la quatrième période du processus morbide se rattachent intimement quelques phénomènes concomitants, qu'il nous reste à signaler ; ce sont : un abaissement plus ou moins notable de la température des parties sur lesquelles portent la paralysie et l'atrophie ; une demi-cyanose de la surface cutanée à ces mêmes parties ; et comme conséquences immédiates de ces modifications physiques, une prédisposition spéciale aux altérations qui sont sous la dépendance des influences extérieures, traumatiques ou autres (engelures, abcès, eschares, etc.).

§ III. — Anatomie pathologique.

Jusqu'au moment où Laborde a pu démontrer directement l'existence d'une lésion matérielle primitive dans la paralysie de l'enfance, il n'avait été émis sur la possibilité de cette lésion que des présomptions et des hypothèses.

Il résulte de l'examen nécroscopique aussi complet que possible que cet auteur a fait de deux enfants atteints de paralysie de l'enfance que cette affection a pour expression anatomique :

1° *Du côté du système nerveux :* Une lésion *primitive* de la moelle épinière, siégeant plus particulièrement dans les parties de cet organe qui président à la *motilité*. Cette altération peut intéresser seulement le tissu propre de l'organe, ou à la fois ce tissu et ses membranes d'enveloppe.

Les produits d'exsudation auxquels l'affection donne lieu montrent qu'elle est surtout de *nature irritative et congestive*. L'atrophie de la substance nerveuse accompagnée de *sclérose* peut en être la suite.

2° *Du côté des organes de la locomotion :* Une altération consécutive des muscles définitivement paralysés. Cette altération consiste, soit dans une *atrophie simple ou granuleuse avec destruction successive et complète des éléments musculaires*, soit *dans une atrophie avec production nouvelle du tissu graisseux*.

Ces deux variétés d'altération du tissu musculaire constituent une expression différente d'un même travail morbide, savoir, une lésion de nutrition dépendant d'un état pathologique de la moelle épinière.

De ce qui précède se déduit facilement la genèse des déformations consécutives :

a. *Paralysie* de certains muscles, *fait primordial ;* — atrophie *consécutive* avec ou sans dégénération.

b. Prédominance des antagonistes complétement ou relativement sains ; prédominance d'abord *active* ou simplement physiologique, ensuite *passive*, c'est-à-dire véritable *rétraction* ou raccourcissement permanent du muscle.

c. Entraînement forcé dans des situations vicieuses permanentes, des parties

des membres qui obéissent à l'action non contre-balancée des muscles sains : d'où les *déformations*.

§ IV. — Etiologie.

Rien ne saurait mieux témoigner des confusions qui ont régné dans l'esprit des pathologistes sur la paralysie de l'enfance, que les contradictions et les divergences sur les causes de cette affection : l'examen de ce point impliquant surtout une question de critique, ne peut être abordé ici ; nous nous contenterons d'exprimer brièvement les conclusions auxquelles conduit cet examen.

Aucune des causes, soit *externes*, telles que la compression, ou un traumatisme quelconque (coups, chutes, tiraillements exercés par la nourrice sur l'un des membres de l'enfant), le froid, etc., soit *internes*, telles que la *dentition*, les troubles digestifs, la scrofule, etc., attribuées par la plupart des auteurs à la paralysie de l'enfance, ne sauraient être maintenues comme appartenant en réalité à cette affection bien dégagée de toute confusion : c'est tout au plus si quelques-unes de ces circonstances étiologiques exercent, dans certains cas, une influence adjuvante sur les déterminations de la maladie.

Le sexe et la constitution ne semblent pas établir non plus une prédisposition notable ; il n'en est pas de même de l'*âge* qui, à cet égard, paraît avoir une véritable importance : c'est, en effet, entre *un et quatre ans* que se développe, avec une prédilection presque exclusive, la paralysie infantile ; déjà à quatre ans les exemples en sont rares, et, au delà, ce ne sont plus que des exceptions (1). Or, si l'on songe que dans cette période des premières années de l'existence, l'organisme est soumis à une activité de développement et à des transformations remarquables, on ne pourra se défendre d'accorder à ces circonstances physiologiques, pour ainsi dire extraordinaires, une certaine valeur pathogénique.

§ V. — Diagnostic, pronostic.

A la période de début, ou *période fébrile*, le diagnostic pourrait offrir de réelles difficultés, si l'apparition immédiate de la *paralysie* et surtout les caractères de *généralisation d'emblée* ne venaient lever toute incertitude : pourrait-on la confondre avec l'hémorrhagie des méninges rachidiennes ou dans le tissu de la moelle ? Outre l'extrême rareté de ces affections, elles ont des manifestations symptomatiques dont la soudaineté, la violence et d'autres caractères propres (convulsions tétaniques, anesthésie complète, paralysie des sphincters, persistance et accroissement de la paralysie motrice, etc.) ne permettent pas la confusion. La *paralysie diphthéritique* pourrait en imposer si les commémoratifs touchant l'existence antécédente de la maladie spéciale génératrice (diphthérite), et aussi les phénomènes consécutifs de débilitation générale et de cachexie n'étaient là pour prévenir la possibilité d'une erreur.

Mais c'est le plus souvent à la période de *localisation paralytique* que l'on a à

(1) Il convient de se montrer fort réservé, quant aux faits de paralysie relatifs à un âge très-voisin de la naissance, attendu qu'il s'agit souvent alors de paralysie congénitale ou d'accidents paralytiques partiels dus aux manœuvres nécessitées par un accouchement laborieux. (Laborde.)

reconnaître la maladie. Lorsqu'il est permis d'être renseigné sur les accidents paralytiques du début et sur leur marche rémissive ou décroissante, la difficulté n'est pas grande ; mais, en l'absence trop fréquente de ces renseignements, il s'agit de se prononcer sur les trois diverses formes de paralysie partielle : *paraplégie*, *hémiplégie*, *paralysie d'un seul membre* ou d'un certain nombre de muscles.

La *paraplégie* par lésion de la moelle autre que celle qui constitue l'affection dont il s'agit, celle qui tient, par exemple, à une *myélite* primitive dorso-lombaire, ou encore à la destruction ou à la compression du tissu médullaire par un produit organique (tubercule, etc.), est chose rare ; de plus elle est *complète*, elle intéresse autant la sensibilité que la motilité et les sphincters, et a plutôt de la tendance à augmenter qu'à décroître.

La paraplégie par traumatisme se différencie par la cause même qui la produit. Il en est de même de la paraplégie par mal de Pott ; il est bon, toutefois, d'être averti que cette dernière affection peut exister simultanément avec la paralysie de l'enfance, ainsi que Laborde en a vu un cas (1).

L'*hémiplégie* n'appartenant pas, comme forme paralytique primitive et persistante, à la maladie qui nous occupe, constitue de fait par son existence un signe différentiel presque absolu ; mais de plus, elle se lie habituellement à un certain nombre de phénomènes qui ne permettent pas le doute sur l'origine *cérébrale* de l'affection qu'ils caractérisent, ce sont surtout : le trouble des sens spéciaux, strabisme, amaurose, surdité ; l'imperfection plus ou moins notable de l'intelligence et le retard ou l'impossibilité de la parole, l'air niais et même les véritables attributs du plus complet idiotisme, les contractures actives et permanentes ; la *congénialité*, une malformation native ou acquise du crâne, enfin l'*hérédité ;* tels sont les caractères *véritablement cliniques* qui permettent de différencier les affections diverses de l'origine cérébrale, de la paralysie de l'enfance, caractères qu'il importe, à tous égards, de ne jamais sacrifier à un moyen *exclusif* d'exploration, tel que l'électricité.

Localisée dans un seul membre ou dans un certain nombre de muscles, la paralysie se rapproche alors, par cette localisation, de la paralysie par traumatisme local, par compression, ou des paralysies rhumatismales : mais il suffit de mentionner les causes diverses pour prévenir la confusion, qui pourtant a été faite notamment par le docteur Kennedy (*paralysies temporaires*). Rappelons enfin que les névroses convulsives (chorée, épilepsie, hystérie) peuvent donner lieu à des paralysies partielles ; or l'existence de l'affection convulsive, à part les caractères propres de la paralysie secondaire, suffit pour permettre une distinction certaine.

Le diagnostic à la *période d'atrophie et de déformation* n'offre pas de difficultés réelles, si l'on songe au siége spécial ainsi qu'à la nature de ces phénomènes consécutifs, et aux troubles de nutrition qui les accompagnent (refroidissement, cyanose, etc.).

Pour ce qui est de l'atrophie, sa considération soulève ici, au point de vue du diagnostic, une question dont la solution définitive est encore dans l'avenir : existe-t-il chez les enfants une affection assimilable à l'*atrophie musculaire progressive*, laquelle pourrait donner matière à confusion avec la paralysie infantile à la période

(1) Laborde, *loc. cit.*, p. 152.

ultime ? Cette question est légitimée par plusieurs faits observés par Edw. Meryon (1), Duchenne (de Boulogne), Laborde, faits dont l'interprétation semblerait devoir entraîner une réponse affirmative.

Pronostic. — Si la paralysie de l'enfance n'est point mortelle par elle-même, elle n'en est pas moins d'une extrême gravité en raison des phénomènes consécutifs d'atrophie, de dégénérescence musculaire et de déformation qu'elle entraîne fatalement ; elle compromet de la sorte, non-seulement l'existence fonctionnelle des organes essentiels de la locomotion, mais encore elle frappe dans leur développement les agents immédiats de la nutrition de ces parties, c'est-à-dire les vaisseaux et les nerfs.

Si le docteur West subordonne le pronostic de cette affection à un traitement fait en temps opportun, c'est qu'il a confondu, après Kennedy, certains états paralytiques avec la paralysie réelle de l'enfance. Il résulte de l'observation attentive des faits qu'une fois déclaré le processus morbide laisse nécessairement des traces indélébiles de son existence, s'exprimant par les phénomènes d'atrophie avec ou sans dégénérescence des organes de la motilité et par les troubles fonctionnels qui en résultent. C'est, en conséquence, à la considération de ces phénomènes, à leur gravité et à leur intensité que se trouve subordonné, en définitive, le pronostic de la maladie. Ajoutons qu'il peut être singulièrement tempéré par l'intervention hâtive du traitement de ces phénomènes consécutifs.

§ VI. — Traitement.

Si, à la *période du début*, la maladie est reconnue, les phénomènes généraux et aigus (de nature irritative) qui la constituent indiquent formellement la médication *antiphlogistique*, soit seule, soit simultanément avec quelques adjuvants locaux : émissions sanguines locales à l'aide de sangsues ou mieux de ventouses scarifiées le long et de chaque côté du rachis ; frictions mercurielles, application de compresses froides, bains tièdes émollients, etc. Il peut être utile d'avoir en même temps recours à l'action dérivative sur le canal intestinal au moyen de purgatifs appropriés. On a attribué (2), à cet égard, à l'emploi spécial du *calomel* une confiance et une efficacité qui ne nous paraissent nullement justifiées dans l'espèce ; il est évident que les prétendus cas de guérison imputés à son action n'appartiennent pas à la paralysie de l'enfance, mais bien aux faits de paralysie dite temporaire, avec dérangements du canal intestinal.

A la *période de paralysie*, les indications à remplir sont les suivantes :

1° Combattre la paralysie et s'efforcer de prévenir les accidents d'atrophie et de déformations qui en sont la suite ; 2° combattre les déformations confirmées.

1° *Combattre la paralysie et s'efforcer de prévenir les phénomènes d'atrophie et de déformations.* — Un grand nombre de moyens sont au service des deux premières indications, qui sont connexes :

a. *Révulsifs locaux* le long et sur les côtés du rachis : vésicatoires volants peu étendus et renouvelés particulièrement aux régions dorsale et lombaire ; badigeon-

(1) Edw. Meryon, *On granular and fatty degeneration*, etc. (*Medico-chirurg. Transactions*, t. XXXV, p. 72). — Voyez la traduction de ces faits et leur interprétation dans Laborde, *De la paralysie dite essentielle*, p. 180 et suiv.

(2) West, Kennedy, etc., *loc. cit.*

nages partiels avec la teinture d'iode iodurée, dans les proportions suivantes.

℞ Teinture d'iode du Codex...	30gr,00	Iodure de potassium........	1gr,50 (1).
Iode pure..............	2gr,50		

b. *Médicaments spéciaux internes : Préparations de noix vomique ; strychnine.* West et Heine préconisent cette médication ; nous mettrons en garde contre les dangers de son emploi chez les enfants, dangers que ne contre-balance pas certainement le résultat qu'il est permis d'en espérer. Il est préférable, selon nous, de recourir aux reconstituants et toniques généraux, préparations de fer et de quinquina à l'intérieur.

c. *Moyens de stimulation et de tonification locales :* frictions stimulantes aromatiques, au quinquina, au liniment de roses ; le gros vin, ou lie de vin, se recommande ici autant par sa vulgarité que par son efficacité réelle ; en dehors de la substance employée, l'*action de frictionner* a une importance réelle ; signalons enfin les bains excitants et toniques, salés, sulfureux, ferrugineux, de mer ; les douches locales de vapeur (West), l'hydrothérapie, etc., enfin l'électrisation, qui peut également intervenir comme un excellent moyen d'excitation locale, surtout lorsqu'elle est associée aux autres moyens de médication topique ou générale.

d. *Gymnastique active et surtout passive*, dirigée avec parfaite connaissance des localisations des phénomènes de paralysie et d'atrophie, et des tendances anormales et vicieuses contre lesquelles il importe de lutter ; appareils adjuvants spéciaux de locomotion, etc.

e. *Chaussures et appareils mécaniques*, appropriés à l'espèce de déformation en voie de production, et destinés à en prévenir les progrès ; nous ne saurions trop recommander l'intervention hâtive de l'art, dans ces conditions.

C'est à Rigal (de Gaillac) qu'appartiennent l'idée et le mérite de l'application raisonnée des bandes de caoutchouc au redressement des pieds, en disposant ces liens de manière à les faire agir suivant la direction des muscles affaiblis (2).

Les recherches électro-physiologiques de Duchenne, en permettant une détermination plus précise des muscles affectés, ont donné à ces applications plus d'étendue et plus de sûreté. Duchenne s'est, d'ailleurs, efforcé de faire servir les résultats de ses investigations au perfectionnement même des appareils ; il a fait construire, pour le pied en particulier, une guêtre dans laquelle les divers muscles de la jambe sont artificiellement représentés par des ressorts métalliques en spirale (que Duchenne préfère, avec juste raison, au caoutchouc), et qui sont fixés selon la direction et les attaches des muscles eux-mêmes ; Duchenne a poussé l'imitation de la nature jusqu'à réaliser le passage des tendons artificiels faits avec des lacets de soie dans des coulisses analogues aux coulisses tendineuses (3). Nous reproduisons celui de ces appareils qui, d'après son auteur, répond à toutes les indications pour les paralysies partielles des muscles moteurs du pied (fig. 11).

Primitivement, le système de déligation de Duchenne était destiné à mettre

(1) Ce mélange est fréquemment employé par Bouvier, auquel nous en empruntons la formule, dans le mal vertébral (Bouvier, *Leçons sur les maladies de l'appareil locomoteur.* Paris, 1858).
(2) *Bulletin de l'Acad. de méd.*, 1840, t. VI, p. 208.
(3) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 2e édition. Paris, 1861, p. 856 et suiv.

de côté toute espèce de force rigide fortement réprouvée par lui ; on sait cependant qu'il a été forcé d'y revenir, puisque dans l'appareil dont il vient d'être question, les tuteurs et l'étrier sont, comme dans les machines ordinaires, la base du système.

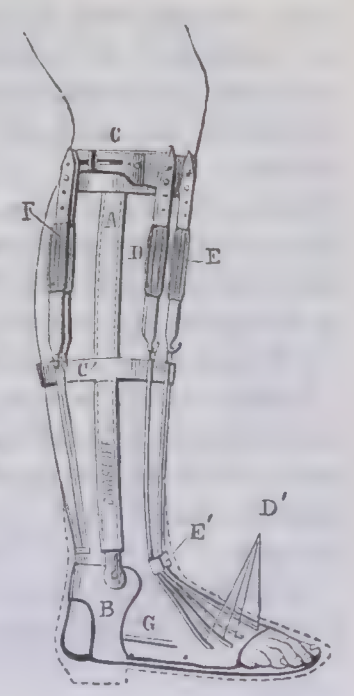


Fig. 11. — *Guêtre à muscles artificiels de Duchenne.*

Cet appareil est composé, *comme les appareils orthopédiques ordinaires :*

1° De deux tuteurs métalliques A ; ces tuteurs sont reliés entre eux par deux cercles également de métal C, C', dont la moitié antérieure est articulée et peut s'ouvrir pour recevoir le membre ;

2° D'un étrier métallique B, auquel est fixée une mince semelle de cuir, quelquefois consolidée par une plaque métallique aussi légère que possible (le métal est partout recouvert de peau) ;

3° Des muscles artificiels D, E, F, etc., répondant aux muscles normaux, tendus et fixés (lorsque l'appareil est mis en place comme dans la figure ci-contre) au cercle supérieur C, en passant les boutons rivés sur ce dernier dans les trous de leurs courroies.

Une bottine peut être placée par-dessus tout le système et le maintenir, comme cela est indiqué par les *lignes ponctuées* qui entourent le pied,

Il suffit de songer un instant aux indications à remplir pour être assuré qu'il en devait être ainsi. Il s'agit en effet, ou de vaincre une très-forte résistance constituée par la rétraction extrême des muscles sains, ou de lutter contre la tendance incessante à cette rétraction. Or, nous verrons bientôt que, dans le premier cas, c'est le plus souvent à grand'peine que l'on parvient à triompher de cette résistance à l'aide de moyens puissants et rigides, comment les simples forces élastiques de Duchenne y parviendraient-elles ? Il accuse, d'ailleurs, lui-même leur impuissance dans ces conditions.

Dans le second cas, celui que nous avons plus particulièrement en vue en ce moment, l'emploi de la force élastique ne saurait non plus, selon nous, remplir entièrement le but, car, pour peu que la rétraction se prononce et fasse des progrès, elle triomphera peu à peu de la résistance des ressorts élastiques qui n'est que bornée en raison même de cette élasticité : c'est ce que Duchenne a senti, puisque, dans ces conditions, « *il a dû limiter*, dit-il, *la course de l'étrier pour laisser plus de jeu au mouvement d'extension et de flexion du pied* » (1).

C'est donc aux appareils rigides qu'il faut nécessairement retourner, tant pour combattre la tendance aux déviations anormales que pour y remédier lorsqu'elles sont confirmées.

Nous ne ferons que mentionner les bandages solidifiés, les appareils plâtrés de Dieffenbach et de Mathyssen et autres (2) : ils présentent tous un inconvénient qui en rendra toujours l'application difficile dans la pratique, c'est celui de cacher

(1) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, 2e édition. Paris, 1861, p. 860.
(2) Sarazin, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1865, t. III, art. Appareils.

aux yeux ce qui se passe, tant à la surface cutanée de la partie recouverte où peuvent se produire des plaies graves, que du côté de la déviation anormale elle-même, qui peut donner lieu quelquefois à des indications nouvelles à cause des changements survenus dans la marche des accidents consécutifs. Giraldès paraît avoir tiré un bon parti de l'emploi de la gutta-percha ; mais quels que soient ses avantages, nous ne pensons pas qu'ils puissent égaler ceux des appareils orthopédiques proprement dits, auxquels, en définitive, on sera presque toujours obligé de recourir.

Depuis le fameux sabot de Venel, d'où ils dérivent tous plus ou moins, ces appareils se sont singulièrement multipliés : chacun a naturellement voulu avoir le sien ; Dieu nous garde de les décrire tous et même quelques-uns ; c'est bien ici le cas de répéter avec Bouvier :

« N'en ayons qu'*un*, mais qu'il soit *bon*... »

Il suffira au but pratique que nous nous proposons d'en mentionner ici deux : afin d'échapper à l'insuffisance et à l'obscurité des descriptions. En pareil cas, nous avons préféré les faire représenter et joindre aux figures une note explicative suffisamment détaillée pour en montrer la disposition complète et la manière de les appliquer.

Le premier (fig. 12) est un appareil à engrenage, modèle Charrière ; il conserve la talonnière de Venel, nous le regrettons pour lui ; cette talonnière est bien impropre

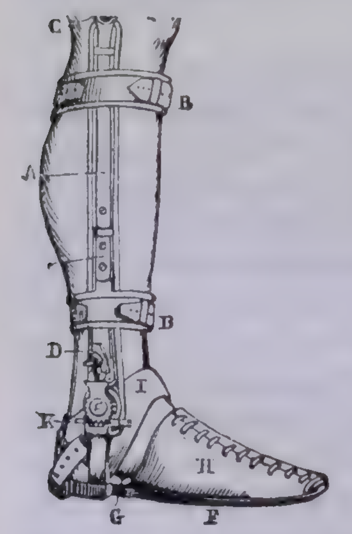


FIG. 12. — *Appareil à engrenage de Charrière pour le pied bot.*

A. Montant latéral percé de plusieurs trous servant à l'allonger au besoin.
BB. Embrasses qui servent à fixer le membre après l'appareil.
D. Vis sans fin s'engageant dans une crémaillère servant à faire tourner le pied en *valgus* ou en *varus*, à volonté.
F. Sandale de bois coussinée sur laquelle on immobilise le pied.
G. Vis sans fin servant à faire tourner le pied en dehors ou en dedans (mouvements de latéralité).
H. Courroie lacée de cuir maintenant le pied.
I. Courroie passant par-dessus le cou-de-pied pour le fixer au talon.
K. Vis sans fin agissant sur une crémaillère destinée à agir contre l'équinisme ou abaissement forcé de la pointe du pied.

à retenir le talon dans le pied équin. L'épais bourrelet qui se trouve à la partie postérieure de la chaussure, dans l'appareil de Cottin (fig. 13), agissant de concert avec les courroies, convient bien mieux au maintien du talon.

C'est, du reste, dans la manière de disposer ces courroies que l'on puisera surtout les moyens les plus efficaces de contenir le pied en lui donnant la direction nécessaire, et de combattre en même temps certaines déformations secondaires, comme la saillie sus-tarsienne et autres.

L'usage simultané de la sandale mécanique que l'on s'efforcera de faire garder à l'enfant pendant la nuit, et du brodequin décrit plus haut, durant le jour, sera utilement dirigé contre ce que nous avons appelé l'imminence des déviations des pieds. Nous n'avons pas hésité à poser comme règle du traitement, au début, l'em-

ploi de ces deux appareils et, tout au moins, celui du brodequin : c'est là ce qui constitue le traitement préventif des déformations.

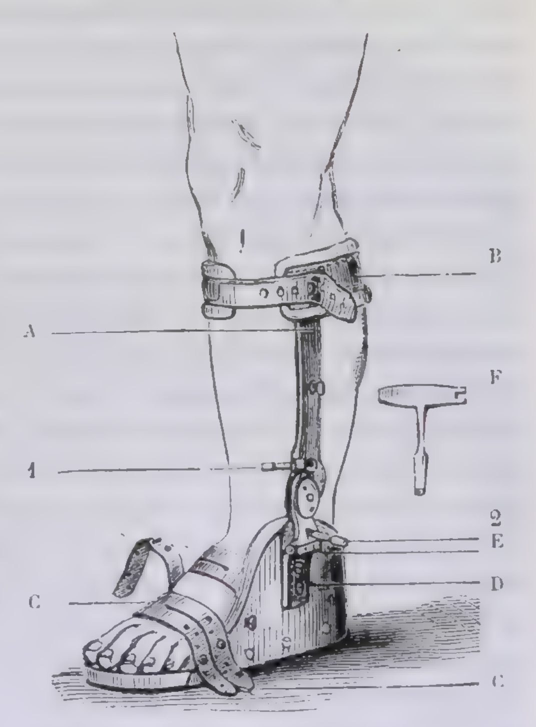


Fig. 13. — *Sandale mécanique pour pied bot varus équin de Cottin.*

A. Montant externe ou levier.

B. Cercle coussiné servant à fixer, au moyen d'une courroie, le montant à la partie supérieure de la jambe.

CC. Sandale et courroies destinées à exercer les diverses pressions indiquées soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans.

D. Talonnière rembourrée.

E. Articulation en nœud de compas du montant avec la sandale.

1. Vis supérieure destinée à relever la pointe du pied et à graduer ce relèvement.

2. Vis inférieure pour les mouvements de latéralité nécessaires au redressement du pied.

F. Clef s'adaptant aux vis et servant à les faire mouvoi dans leur écrou.

2° *Combattre les déformations confirmées.* — Si l'usage des appareils est indiqué au début de l'atrophie, et alors qu'on est seulement dans l'appréhension des déformations, à plus forte raison est-il nécessaire lorsque celles-ci sont confirmées.

Lorsqu'on a affaire à une déviation permanente peu avancée, dans laquelle la résistance constituée par les antagonistes en voie de rétraction n'est pas encore telle qu'elle ne puisse être vaincue par une force modérée, l'application d'un appareil peut suffire au redressement et au maintien du pied dans sa direction quasi normale ; abandonnées à elles-mêmes, les déformations des pieds arrivent assez rapidement à un degré qui, sans être aussi extrême que les déviations congénitales, réclame néanmoins, pour être combattu, d'autres moyens que les seuls appareils ; en un mot, il faut faire appel à la *section tendineuse.*

La *ténotomie dans le pied bot paralytique* est une opération dont les indications ont été très-bien formulées par Bouvier. Nous renvoyons à son livre (1) pour les préceptes qui s'imposent comme la plus parfaite règle à suivre.

Lorsqu'on songe aux conditions qui ont présidé à la formation du pied bot paralytique, à l'état d'affaiblissement et d'atrophie dans lequel se trouvent un plus ou moins grand nombre des muscles moteurs du pied, à l'absence ou au peu de déformations osseuses qui accompagnent la déviation anormale, au défaut habituel de rétraction ligamenteuse, etc., on ne doit pas s'étonner de la facilité avec laquelle se réalise, une fois la ténotomie faite, le redressement du pied ; mais cette facilité même mène à un écueil dont il importe beaucoup d'être prévenu : non-seulement on obtient le redressement voulu, mais, si l'on n'y prend garde, le but est dépassé,

(1) Bouvier, *Leçons cliniques sur les maladies de l'appareil locomoteur.* Paris, 1858.

et en guérissant un pied bot on en fait un autre; telle est l'origine assez fréquente, dans ces conditions, du talus artificiel.

On bornera l'action de l'appareil dans le sens du mouvement où l'exagération tend à se produire, lorsqu'un redressement convenable aura été obtenu; ceci fait prévoir combien doit être rare la nécessité de renouveler la section tendineuse dans le pied bot paralytique, pourvu qu'en la pratiquant la première fois on ait obéi à des indications véritablement rationnelles; on a bien moins à compter, en effet, avec les récidives dans le pied bot paralytique que dans le pied bot congénital.

Nous avons peu de chose à dire des appareils destinés au redressement de la jambe ou de la cuisse, lorsqu'elles sont le siége de rétractions musculaires avec paralysie des antagonistes : ces appareils ne sont, en général, qu'une modification en hauteur ou, en quelque sorte, une extension de ceux dont il a été question pour les pieds; ils agissent, suivant les indications, de manière à lutter progressivement contre tel ou tel mouvement exagéré de l'articulation du genou ou de la hanche tendant à produire la déviation permanente; ils peuvent concourir également aux mouvements de rotation de la cuisse en dehors ou en dedans. Duchenne a encore imaginé, pour le même but, et aussi pour le cas de paralysie des extenseurs de la jambe sur la cuisse, deux appareils prothétiques qui pourront trouver très-utilement leur application : ils sont fondés sur les mêmes principes mécaniques et physiologiques que ceux du même auteur, dont nous avons déjà parlé. Nous renvoyons pour leur description détaillée et leur représentation, soit au *Traité de l'électrisation localisée*, p. 859, etc., soit au *Bulletin général de thérapeutique*, 1862.

Mais, à notre avis, cet état particulier des membres inférieurs, dû à la paralysie d'un grand nombre de muscles à la fois, et qui les rend assimilables à des membres de polichinelle, n'a pas attiré suffisamment l'attention au point de vue du traitement et de la prothèse : il s'agit, en pareil cas, de *maintenir* plutôt que de redresser; et il est facile d'allier avec la nature de ce but à atteindre une assez grande légèreté de l'appareil; il est permis, du moins, de mettre de côté la majeure partie des accessoires lourds, gênants et compliqués, qui composent les appareils ordinaires à extension ou à flexion progressive. Ferdinand Martin a construit, il y a longtemps, un appareil qui pourrait être utilisé, du moins en principe, dans le cas dont il s'agit. Quoique d'un âge avancé (quarante-six ans) et peu connu, quant à ses antécédents, le malade pour lequel cet appareil fut imaginé, offrait un état paralytique d'un membre inférieur fort analogue à celui dont il vient d'être question : « Ce membre présentait une telle flaccidité qu'il aurait presque été possible de luxer toutes ses articulations, et l'inertie musculaire qui était complète, permettait de porter le membre dans toutes les directions sans que la moindre contraction eût pu faire supposer que le membre appartenait à un être vivant (1). »

Quant à l'appareil dont il fut fait usage, il se compose d'une gaîne de cuir embrassant la cuisse et fixée par un lacet autour du membre : une attelle latérale d'acier, articulée à la hauteur du genou, maintient le membre dans sa rectitude en permettant la flexion et bornant l'extension du genou qui, dans ce cas particulier, était exagérée; l'articulation du cou-de-pied, maintenue par l'appareil dans ses mouvements de latéralité, permet la flexion et l'extension. Puis, F. Martin

(1) *Coup d'œil sur quelques appareils prothétiques, destinés aux malades affectés de paralysies partielles des membres* : Debout, *Bull. génér. de thérapeut.*, 1860, t. LVIII, p. 287.

essaya de remplacer artificiellement les muscles inertes à l'aide de la *lanière de cuir* d'Amb. Paré (1), attachée à la partie moyenne et latérale de la chaussure. Cette lanière montait sur la face antérieure de la jambe, du genou et de la cuisse, pour venir se fixer à une sorte de baudrier qui passait sur l'épaule du côté opposé. Cette disposition de la courroie lui permettait de relever la pointe du pied, et de suppléer, jusqu'à un certain point, l'action des extenseurs de la jambe.

Aux membres supérieurs, les appareils de redressement et de prothèse auront plus rarement encore à intervenir, en raison du peu de fréquence relative des déformations permanentes que l'on y rencontre. Ainsi que nous l'avons démontré, c'est le plus souvent à l'inertie totale et à l'espèce de dislocation du bras consécutive à la paralysie et à l'atrophie prédominantes du deltoïde que l'on aura affaire ; nous avons indiqué une manœuvre à l'aide de laquelle il est permis de rétablir instantanément les mouvements partiels de l'avant-bras sur le bras, et nous nous occupons de faire construire un petit appareil destiné à réaliser cette manœuvre d'une façon permanente.

Quant à la prothèse des muscles paralysés de l'avant-bras, elle a été réalisée, il y a longtemps, et, pour la première fois, par Delacroix, dont l'appareil a été particulièrement construit en vue de la paralysie des extenseurs de la main ; cet appareil, pour la description duquel nous renvoyons au rapport du professeur Thillaye (2), a servi de modèle à la plupart de ceux qui ont été imaginés depuis, notamment aux *gantelets* de Duchenne (3). Le même mécanisme pourra d'ailleurs être approprié, selon les circonstances, à la paralysie d'autres muscles que les extenseurs.

Avons-nous besoin d'ajouter, en terminant, que le traitement médical dirigé contre les phénomènes de paralysie et d'atrophie ne devra pas être séparé du traitement orthopédique ; ils sont destinés à s'entr'aider et à se compléter. (Laborde.)]

ARTICLE XI.

APOPLEXIE NERVEUSE.

C'est une question en litige de savoir s'il peut exister réellement une apoplexie nerveuse, c'est-à-dire un état en tout semblable à l'hémorrhagie cérébrale, sans qu'il y ait aucune lésion apparente du cerveau. Abercombrie et quelques auteurs ont cité des faits dans lesquels, après avoir observé pendant la vie tous les phénomènes de l'apoplexie (perte de connaissance, paralysie du mouvement et du sentiment d'un côté du corps, déviation de la langue), on n'a trouvé, après la mort, aucune lésion appréciable. Nous pourrions citer ici d'assez nombreux exemples de cette affection, qu'Abercrombie appelle *apoplexie simple* (4) ; nous pourrions faire connaître l'opinion de Willis, qui attribuait la maladie à une stupéfaction des méninges ; celle de Nicolaï, qui n'y voyait qu'un spasme de ces membranes, etc. ;

(1) Ambroise Paré, *Œuvres complètes*, édition Malgaigne. Paris, 1840, t. II, p. 618.
(2) Thillaye, Rapport lu à la Société de médecine en août 1813.
(3) Duchenne (de Boulogne), *Électrisation localisée*, Paris, 1861, chap. XIX. — Bouvier, Rapport sur un mémoire de Duchenne : *Orthopédie physiologique de la main* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1857, t. XXII, p. 851). — *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1866, t. IV, art. AVANT-BRAS, p. 272 et 273.
(4) Abercrombie, *Rech. pathol. sur les maladies de l'encéphale*. Paris, 1835, p. 291 et suiv.

mais il suffit de constater l'existence de ces cas, auxquels Kortum a donné, le premier, le nom d'*apoplexies nerveuses*, cas qu'il faut bien distinguer de plusieurs autres qu'on a désignés sous le même nom, et qui néanmoins sont de véritables hémorrhagies ou des congestions cérébrales. Grisolle (1) a rapporté un cas de ce genre, dans lequel le cerveau a été examiné jusque dans ses plus petites parcelles, et nous-même nous avons vu dans le service de Louis un sujet qui, après avoir succombé à la suite d'une attaque d'apoplexie, avec perte complète de connaissance et hémiplégie, n'a présenté aucune lésion cérébrale, quoique l'investigation ait été, on peut le dire, des plus minutieuses.

Faut-il admettre qu'il y a eu une lésion apparente, qui aurait disparu après la mort? Rien ne le prouve. Est-ce à dire qu'on puisse concevoir cette maladie cérébrale (car évidemment le cerveau est le siége du mal) sans aucune lésion de l'organe? Non, sans doute. Cette action est inappréciable pour nous, et l'on ne dira pas qu'il existait un ramollissement qui aurait échappé à toutes les recherches; on peut le supposer pour quelques cas observés avant que le ramollissement fût bien connu; mais il ne saurait en être ainsi pour les deux derniers, la consistance du cerveau ayant été explorée dans les plus petites parties.

Faut-il, avec quelques auteurs, ne voir dans ces faits que des affections hystériques qui se seraient terminées par la mort? On sait que, dans quelques attaques d'hystérie, il survient une paralysie parfois très-étendue et très-complète, qui se dissipe au bout d'un certain temps sans laisser de traces. Le fait, ainsi expliqué, n'en serait pas moins curieux; mais il faut remarquer que les sujets chez lesquels on a observé les phénomènes dont nous venons de parler n'avaient point eu antérieurement d'attaques d'hystérie; que la plupart étaient des hommes, et que leur apoplexie n'a pas commencé par des convulsions, en sorte que l'explication n'est guère acceptable.

ARTICLE XII.

PARAPLÉGIE NERVEUSE.

Cette affection est l'analogue de l'*apoplexie nerveuse*. Il est peu de praticiens qui n'aient vu des cas dans lesquels, pendant un temps fort long, les membres inférieurs ont été paralysés sans que, à l'autopsie, on ait trouvé rien qui pût expliquer ce symptôme. (Voyez HÉMIPLÉGIE NERVEUSE.)

Les anciens ont décrit sous le nom de *paraplégie* toutes les espèces de paralysie des membres inférieurs, sans établir entre elles de distinctions suffisantes, et les modernes ont complétement négligé la paraplégie nerveuse ou idiopathique, qu'ils se sont contentés de mentionner sans la décrire.

Il est difficile de dire si la paraplégie était essentielle ou non, l'existence d'une lésion plus ou moins notable est probable dans ces cas.

On trouve, dans le *Bulletin général de thérapeutique* (2), un cas de guérison de paraplégie réputée essentielle, par l'*iodure de potassium*. Le sujet était un enfant de dix ans, à qui l'on donna d'abord 30 centigrammes de ce sel, et plus tard le double. N'y avait-il rien de scrofuleux dans ce cas? Ce fait, quoiqu'il ne puisse

(1) Grisolle, *Presse médicale*, 1837.
(2) *Bulletin général de thérapeutique*, numéro du 15 janvier 1849.

pas servir seul à se former une opinion arrêtée sur l'efficacité d'un pareil traitement, doit néanmoins engager les médecins à l'essayer dans des cas analogues.

Le docteur Boari (1) a rapporté un cas dans lequel une paraplégie avec affaiblissement du bras gauche et de l'intelligence fut guérie par l'emploi du *seigle ergoté*, après avoir résisté à beaucoup d'autres moyens.

Girard, de Marseille (2), cite également trois cas de guérison par ce médicament, qu'il prescrit à la dose de 50 centigrammes par 2^{gr},50, par jour.

Dans un cas de paraplégie, chez une femme âgée de cinquante-sept ans, Bricheteau (3) employa avec succès la *brucine*, en commençant par 10 centigrammes et en élevant la dose jusqu'à 50 centigrammes. Ce médicament agit comme la strychnine ; mais n'étant toxique qu'à des doses beaucoup plus élevées, il est plus maniable.

[Ainsi s'exprimait Valleix. Cette question a été depuis lors plus étudiée et présentée sous un nouveau jour. L'Académie de médecine a mis au concours, en 1855, la question suivante : « *Existe-t-il des paraplégies indépendantes de la myélite ? En cas d'affirmative, tracer leur histoire.* » La question ainsi posée ouvrait un vaste champ à l'observation. En effet, il existe des cas très-nombreux et divers de paraplégies sans lésion appréciable de la moelle ou de ses enveloppes. Nous indiquerons un grand nombre de ces paraplégies lorsque nous décrirons les maladies auxquelles elles succèdent : telles sont les paraplégies consécutives aux fièvres, surtout à la fièvre typhoïde, à la dysenterie ; les paraplégies rhumatismales, hystériques, et celles qui tiennent à l'introduction dans l'économie d'un agent toxique, tel que le plomb, l'oxyde de carbone (asphyxie par le charbon). Raoul Leroy (d'Étiolles), couronné par l'Académie de médecine pour son mémoire (4), admet comme causes des paraplégies sans myélite :

1° Les maladies des organes génito-urinaires chez l'homme et chez la femme ; 2° la chloro-anémie compliquée d'hystérie ; 3° les pertes sanguines exagérées ou l'anémie des membres inférieurs ; 4° les fièvres graves, l'irritation gastro-intestinale, la pellagre ; 5° l'intoxication saturnine et arsenicale ; 6° l'impression subite ou prolongée du froid et la diathèse rhumatismale ; 7° l'asphyxie ; 8° certaines affections cérébrales ; 9° l'enfance (quelques-unes lui sont propres, d'autres rentrent dans celles que renferme cette liste) ; 10° une compression de la moelle par les tumeurs qui se développent dans le canal vertébral ou qui y proéminent.

Somme toute, on voit que l'auteur de cette classification a groupé dans un ordre arbitraire et incomplétement cité un nombre considérable de paraplégies qui ne sont point produites par la myélite. Autant vaudrait dire que la paraplégie est un symptôme tantôt passager, tantôt persistant, isolé ou accompagné d'autres paralysies, qui se rencontre dans un grand nombre d'affections différentes, et qui, dans la très-grande majorité des cas, échappe aux explications banales que fournit aux médecins l'anatomie dite clinique. Pour Raoul Leroy (d'Étiolles), les cinq premières espèces de paraplégies qui, suivant cet auteur, semblent se rapprocher par l'absence

(1) Boari, *Atti dell' Accad. med.-chir. di Ferrara*, et *Giornale veneto di Namias*, 1847.
(2) Girard (de Marseille), *Bulletin génér. de thérap.*, 15 septembre 1851.
(3) Bricheteau, *Union médicale*, 13 juin 1848.
(4) Raoul Leroy (d'Étiolles), *Paralysies des membres inférieurs, ou paraplégies*. Paris, 1855-1857.

de toute lésion appréciable, forment un groupe de paraplégies nerveuses ou essentielles. Ce mode de classification est fondé sur des caractères négatifs, et le mot de *nerveux* appliqué à ces paralysies n'exprime rien que l'ignorance où nous sommes de leur véritable caractère. Le lecteur trouvera aux articles CHORÉE, HYSTÉRIE, PARALYSIE ESSENTIELLE DES ENFANTS, RHUMATISME, etc., quelques explications sur ce sujet. Il y a un ordre de maladies très-nombreuses qui s'accompagnent ou sont suivies fréquemment de paraplégies, ce sont les maladies des organes génito-urinaires.

Sans doute on pourrait contester que le mot de *paraplégies nerveuses* fût bien appliqué ici : ce serait plutôt *paraplégies symptomatiques* ou *sympathiques* qu'il faudrait dire. Les recherches sur le système nerveux montrent que les organes dépendent des centres nerveux, et que, réciproquement, les centres nerveux sont sous leur dépendance, et que les actions réflexes jouent un rôle considérable dans la maladie. Quoi qu'il en soit, voici comment Raoul Leroy (d'Étiolles) comprend les paraplégies à la suite des maladies des organes génito-urinaires.

Le point de départ est souvent dans l'urèthre, mais le plus ordinairement au col de la vessie, qui se tuméfie, soit par l'effet d'une ou de plusieurs blennorrhagies, soit par l'effet d'excitation souvent répétée, comme la masturbation. Cette tuméfaction détermine bientôt une barrière qui s'oppose à l'évacuation complète de l'urine, et... bientôt cystite, pyélite ou pyélo-néphrite et paraplégie. Les choses peuvent se passer ainsi, quelle que soit la cause du développement anormal de la prostate. « Si la néphrite aiguë a été la cause première de la paralysie, celle-ci sera complète ou très-manifeste en quelques jours, et même en peu d'heures. Si la marche de l'affection que nous reconnaissons pour cause est lente et chronique, la paralysie affectera une marche progressive, et prendra des mois pour mériter ce nom; elle s'arrêtera bien souvent dans sa marche, et pourra ne se traduire que par une extrême faiblesse des membres inférieurs. » On a noté que dans la néphrite aiguë, lorsqu'il y avait paraplégie, c'était plutôt au membre inférieur correspondant au rein malade, et qu'il y avait, en pareil cas, des douleurs très-violentes dans ce membre, de sorte qu'il n'est pas bien démontré qu'il n'y ait pas là une action de voisinage, une transmission par continuité de la *phlegmasie* du rein à la moelle ou à ses enveloppes..... Il paraîtrait que, dans ces paraplégies, la nutrition des membres paralysés continue à se faire presque comme à l'état normal. « Il est rare qu'il y ait une diminution bien sensible dans leur volume; l'amaigrissement est bien éloigné de l'atrophie qui succède à la paralysie avec myélite. » En pareil cas, on observe rarement l'abolition absolue du mouvement et de la sensibilité; il est rare que le rectum soit paralysé. Parmi les causes de paraplégie qui paraissent procéder des organes génitaux, il faut noter également les pertes séminales involontaires.

Le *pronostic*, pour Leroy (d'Étiolles), doit sa gravité tout entière à la maladie que la paraplégie est venue compliquer, et si la mort survient, c'est par suite de la néphrite ou des pertes séminales.

La même chose peut se dire du traitement: il faut traiter la maladie qui donne lieu à la paraplégie.

La paraplégie apparaît quelquefois chez les femmes, à la suite d'une suppression de règles ou d'une ménorrhagie, ou par le fait de la grossesse ou de l'accouchement. Ces sortes de paraplégies se rattachent à un ordre de faits qui ne sont pas

encore assez bien étudiés pour que nous puissions faire autre chose que de les indiquer seulement, sans y insister davantage. Sans doute, s'il est une paraplégie qui mérite le nom de *nerveuse*, c'est celle qui se rattache à l'hystérie. Nous décrirons longuement ce symptôme à l'article HYSTÉRIE.

Quant à la paraplégie consécutive aux pertes sanguines exagérées ou à l'anémie du train postérieur, les faits cités jusqu'ici sont de deux ordres : ou bien ce sont des faits de laboratoire, des expériences faites sur les animaux ; ou bien ce sont des cas d'anatomie pathologique, tels que la présence d'un caillot ou de tout autre obstacle s'oposant au cours du sang dans les membres inférieurs. Ces cas ne sauraient rentrer dans les paraplégies nerveuses.]

CHAPITRE IV.

NÉVROSES GÉNÉRALES ET COMPLEXES.

[Les névroses que nous étudierons dans ce chapitre ne nous présenteront plus, comme les précédentes, une localisation évidente et facile. Nous n'aurons plus seulement à voir une fonction troublée, mais un ensemble de profondes perturbations. Jusqu'ici nous avons constaté tour à tour des désordres de l'intelligence, de la sensibilité, de la motilité, nous allons maintenant les trouver associés, et il ne pourrait échapper à personne que toute l'histoire des névroses complexes est dominée par le caractère d'une généralisation presque absolue : l'être tout entier est envahi, et si quelques auteurs ont pu, jusqu'à un certain point, rapporter chacune de ces névroses au trouble d'un organe spécial, il n'en est pas moins vrai qu'elles ne sauraient rentrer dans l'une des divisions précédemment établies. Ce serait donc faire une œuvre stérile que de se rattacher à l'une de ces classifications où le fait particulier tend à jeter dans l'ombre les faits généraux, où, pour s'être placé à un point de vue trop restreint, on risque de perdre le coup d'œil de l'ensemble bien autrement fécond en pathologie. Nous aurons donc à tenir compte à la fois, de la multiplicité, de la mobilité, et de la transformation même de symptômes dont la succession n'a rien de régulier, d'immuable ; si dissemblables qu'ils puissent être, nous établirons les liens étroits qui les rattachent ; et, quand nous aurons fait voir que sous des aspects variés se retrouve toujours la même affection, nous aurons justifié la place à part que nous avons cru devoir donner à ces névroses. Les unes, comme la *chorée*, l'*épilepsie*, l'*hystérie* même, se traduisent par des troubles qui peuvent porter sur tous les appareils à la fois ; les autres, plus circonscrites, n'ont pas encore aujourd'hui de siége précis ; mais toutes, nous le répétons, présentent ce caractère de simultanéité dans les troubles que nous n'avons pas trouvé dans les névroses déjà décrites].

ARTICLE PREMIER.

CHORÉE.

Si l'on en croit J. Frank (1), la connaissance de cette maladie remonterait à Hippocrate (2), et Galien en aurait donné une description claire, sous le nom de *scélotyrbe ;* mais les passages que cite cet auteur ne sont pas de nature à faire partager cette manière de voir, car dans celui qu'il emprunte à Hippocrate, il n'est évidemment question que de la paralysie du rectum et de la vessie, et celui de Galien se rapporte bien plutôt à la paraplégie qu'à la chorée. Paracelse (3) a eu par conséquent raison de dire que, avant lui, cette affection ne se trouvait décrite nulle part. Mais il faut arriver à Sydenham (4) pour avoir une exposition vraiment scientifique des symptômes de la chorée, et c'est seulement en 1810 que Bouteille, en France (5), et Bernt en Allemagne (6) en donnèrent une description complète, bien que cette maladie eût déjà été le sujet de nombreuses publications. Depuis, des auteurs plus nombreux encore se sont occupés de la chorée; nous nous contenterons d'indiquer, parmi les plus récents, Bouillaud (7), [Bright (8), Hecker (9), Blache (10), Rufz (11), Dufossé (12), Babington (13), Hughes (14), Rubini (15), Bouchut (16), Gérard (17), Romberg et Henoch (18), Senhouse Kirkes (19),

(1) J. Frank, *Praxeos medicæ,* pars. sec., vol. I, section II, *De choreâ sancti Viti.* Lipsiæ, 1841.

(2) Hippocrate, *Œuvres complètes d'Hippocrate*, trad. par E. Littré. Paris, 1846, t. V, p. 588, *Prénotions coaques.*

(3) Paracelse, *Opera*, t. I.

(4) Sydenham, *Sched. monit. de nov. febris ingr.*

(5) Bouteille, *Traité de la chorée ou danse de Saint-Guy*. Paris, 1810.

(6) Bernt, *Monographia choreæ sancti Viti.* Pragæ, 1810.

(7) J. Bouillaud, *Dictionnaire de méd. et de chir.*, art. CHORÉE, 1830, t. IV.

(8) R. Bright, *Cases illustrative of the phenomena and cure of Chorea* (*Reports of medical cases*, London, 1831, in-4, t. II, p. 468). — *Cases of spasmodic disease accompanying affections of the Pericardium* (*Med.-chir. Transact.*, London, 1839, 2ᵉ série, t. IV, p. 1).

(9) J. F. C. Hecker, *Die Tanzwuth, eine Volkskrankheit im Mittelalter*. Berlin, 1832, in-8 ; ouvrage traduit par F. Dubois dans les *Annales d'hygiène publique*, 1834, t. XII, p. 312.

(10) Blache, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. CHORÉE.—*Mémoires de l'Académie de médecine,* 1855, t. XIX, p. 598.

(11) Rufz, *Recherches sur quelques points de l'histoire de la chorée chez les enfants* (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1834).

(12) Dufossé, *De la chorée*, thèse inaugurale. Paris, 1836, nº 136.

(13) B. G. Babington, *On Chorea* (*Guy's Hosp. Reports*, octobre 1841, 1ʳᵉ série, t. VI, p. 411).

(14) H. M. Hugues, *Digest of one hundred cases of Chorea* (*Guy's Hosp. Reports*, 1846. 2ᵉ série, t. IV, p. 360).

(15) Rubini, *Mémoire lu au septième congrès des savants italiens* (*Union médicale*, 19 février 1848, p. 85).

(16) Bouchut, *Traité des maladies des nouveau-nés*, 4ᵉ édit. Paris, 1862.

(17) V. Gérard, *De la chorée*, thèse inaugurale. Paris, 13 mai 1850, nº 66.

(18) Romberg et Henoch, *Klinische Ergebnisse*. Berlin, 1846, in-8.—*Klinische Wahrn. u. Beobacht*. Berlin, 1851, in-8. — Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten. Motilitats-Neur.*, 1ᵗᵉ Abtheilung, S. 172.

(19) W. Senhouse Kirkes, *Cases illustrating the association of Chorea with Rheumatism and diseases of the Heart* (*London medical Gazette*, décembre 1850, new series, t. XI, p. 1004 à 1049).

Rilliet et Barthez (1), G. Sée (2), Botrel (3), Bourdier (4), Chavance (5), Moynier (6), Géry (7), Bouhin (8), Quantin (9), Marcotte (10), Heslop (11), Bonfils (12), Blache (13), Marcé (14), Duchenne (15), [enfin Bouvier qui, par ses discours à l'Académie de médecine, a ajouté beaucoup à nos connaissances sur cette question (16), Child (17), Bond (18), Gellé (19), Long (20), Trousseau (21).]

Bouteille veut qu'on distingue une *chorée essentielle* (*protopathica*), une *chorée secondaire* (*deuteropathica*) et une *chorée fausse* (*pseudopathica*). Cette dernière espèce n'a pas été admise, parce qu'elle ne se rapporte qu'à des états pathologiques qui n'ont autre chose que l'apparence de la chorée. Tout en accordant plus d'importance aux deux premières espèces, nous mentionnerons les particularités que présente la maladie suivant les cas.

Il y a vingt ans, Dubini (22) a décrit, sous le nom de *chorée électrique*, des convulsions irrégulières qui se manifestent particulièrement chez les jeunes filles robustes de cinq à vingt ans, mais qui peuvent aussi se montrer chez des hommes

(1) Rilliet et Barthez, *Traité des maladies des enfants*.

(2) G. Sée, *De la chorée. Rapports du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives* (*Mémoires de l'Académie impériale de médecine*, Paris, 1850, t. XV, p. 373 à 525).

(3) J. P. Botrel, *De la chorée considérée comme affection rhumatismale*, thèse inaugurale. Paris, 25 mai 1850, n° 79.

(4) C. J. Bourdier, *De la chorée*, thèse inaugurale. Paris, 13 août 1852, n° 227.

(5) C. Chavance, *De la chorée*, thèse inaugurale. Paris, 9 juillet 1853, n° 183.

(6) C. E. Moynier, *De la chorée*, thèse inaugurale. Paris, 1855, n° 48.

(7) J. E. Géry, *Traitement de la chorée par le chloroforme*, thèse inaugurale. Paris, 1855, n° 51.

(8) A. F. Bouhin, *De la chorée*, thèse inaugurale. Paris, 1856, n° 161.

(9) P. J. E. Quantin, *De la chorée*, thèse inaugurale. Paris 1857, n° 54.

(10) Alph. Adr. Marcotte, *Du traitement de la chorée, emploi du tartre stibié contre cette affection*, thèse inaugurale. Paris, 1857, n° 86.

(11) T. P. Heslop, *Clinical illustr. of Chorea in reference to its connexion with Rheumatism* (*Dublin Quarterly Journal of medical science*, 1858, t. XXVI, p. 302).

(12) A. E Bonfils, *De l'emploi de l'émétique à haute dose dans une série de chorées observées à l'hôpital des Enfants malades en* 1857, thèse inaugurale. Paris, 1858, n° 7.

(13) Blache, Rapport sur un travail de M. Briquet, intitulé : *Quelques recherches thérapeutiques sur la chorée* (électricité) (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859-1860, t. XXV, p. 136).

(14) Marcé, *De l'état mental dans la chorée* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1858-1859, t. XXIV, p. 1079). Rapport de Blache sur ce mémoire, rapport suivi d'une discussion à laquelle ont pris part : Trousseau (*ibid.*, p. 1100, 1259), Piorry (*ibid.*, p. 1124, 1263), Bouvier (*ibid.*, p. 1213, 1272).

(15) Duchenne, *De l'électrisation localisée*, 2e édit. Paris, 1861.

(16) Bouvier, *Bulletin de l'Académie impériale de médecine*, t. XX, p. 833, et t. XXIV.

(17) G. W. Child, *On the connexion between Chorea and acute Rheumatism* (*The Lancet*, septembre 1860, t. II, p. 260).

(18) Bond, *On the pathology of Chorea* (*British and Foreign medico-chirurgical Review*, juillet 1860).

(19) M. E. Gellé, *De la valeur de la médication arsenicale dans la chorée*, thèse inaugurale. Paris, 1860, n° 48.

(20) E. L. Long, *Considérations sur la chorée, ses causes, sa nature et son traitement*, thèse inaugurale. Paris, 1860, n° 149.

(21) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit. Paris, 1865, t. II, p. 163.

(22) Dubini, *Mémoire lu au septième congrès des savants italiens* (*Union médicale*, 19 février 1848, p. 85).

et chez des femmes. Ce n'est pas là une véritable chorée ; ce sont des convulsions encore peu connues.

Nous ne parlons pas ici de la *chorée inflammatoire*, de la *chorée rhumatismale*, etc., que plusieurs auteurs ont particulièrement distinguées ; ce sont des distinctions fondées sur la cause ou la nature présumée de la maladie dans les divers cas, et il suffit de s'en occuper à l'occasion de l'étiologie et du traitement.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

La chorée est le type des convulsions *cloniques*. Elle est caractérisée par des contractions musculaires involontaires, irrégulières, générales et partielles.

[Dans la chorée, l'accord et l'équilibre cessent d'exister entre les muscles congénères et entre les muscles antagonistes. Il y a défaut de coordination des mouvements. Ce n'est point une convulsion seulement, ce n'est pas non plus une simple rupture d'équilibre par paralysie de quelques muscles ; on ne saurait mieux exprimer ce qui se passe que ne l'a fait Bouillaud, par l'expression de *folie musculaire*. Il existe en outre une forme aiguë grave, véritablement convulsive de la chorée.]

On a donné à cette affection beaucoup de noms se rapportant tous aux mouvements des membres inférieurs, qui imitent une danse irrégulière : ainsi *danse de Saint-Witt* ou de *Saint-Guy*, *clonus chorea*, *choreomania*, *saltatio sancti Viti*, *epilepsia saltatoria*, *ballismus*. Cette affection ne laisse pas d'être fréquente. Nous verrons plus loin qu'elle se montre plus particulièrement dans l'enfance.

Cette maladie étant rare chez les adultes, on n'a très-fréquemment à considérer que des cas isolés.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes*. — *Age*. — L'âge a une influence très-marquée sur la production de la maladie ; mais ce n'est pas dans le plus jeune âge qu'elle se manifeste : ainsi on ne l'a pas observée chez les nouveau-nés ; on a regardé comme de simples mouvements choréiformes certains mouvements désordonnés, observés chez des enfants naissants (Monod) ou âgés de quelques mois (Simon) (1). De un à six ans, d'après les relevés de Rufz, elle est très-rare, puisque, sur 189 malades, il ne s'en est trouvé que 10 de cet âge ; de six à dix ans, la fréquence de la maladie augmente considérablement ; car, sur le nombre indiqué plus haut, cette période a fourni 61 malades ; enfin, de dix à quinze ans, la fréquence est portée au plus haut degré, puisqu'on a trouvé dans cette période 118 sujets affectés. Cette dernière augmentation de proportion porte principalement sur le sexe féminin ; ce qui fait penser que la puberté chez les femmes a une grande influence sur le développement de cette maladie (Eisenmann) (2) ; mais cette opinion, qui était celle de Sydenham, Cullen, Stoll, Pinel, se trouve infirmée par les recherches de Germain Sée, qui s'est assuré que le début de la maladie remonte le plus souvent à l'âge de dix et de onze ans. La fréquence de la chorée va ensuite en décroissant à mesure que l'on avance en âge, et c'est alors surtout qu'on observe ces cas douteux admis par certains auteurs, et qui jettent de l'obscurité dans les descriptions.

(1) Simon Huges, *Recherches statistiques sur la chorée* (*Bulletin de thérapeutique*, 1847, t. XXXII, p. 76, et *Guy's Hospital Reports*).

(2) Eisenmann, *Recherches sur quelques points de la chorée* (*Jahresbericht für die Fortschritte der ges. Med.*, et *Union médicale*, 19 février 1848, p. 85).

Sexe. — L'influence du sexe n'est pas moins remarquable : Rufz a trouvé 51 garçons et 138 filles choréiques. La même prédominance du sexe féminin a été constatée aux autres âges par presque tous les auteurs.

Puberté. — La maladie étant notablement plus fréquente aux environs de la puberté qu'aux autres âges de l'enfance, on a regardé la modification qui survient à cette époque dans l'organisme comme la cause prédisposante par excellence (Bouteille, Cullen et Sydenham); mais la maladie ne laisse pas que d'être fréquente de six à dix ans, c'est-à-dire à une époque encore éloignée de la puberté (Rufz). Si cette explication peut être donnée quand il s'agit des jeunes filles, il n'en est plus de même relativement aux jeunes garçons, chez lesquels l'époque de la puberté arrive un peu plus tard, et enfin nous avons vu plus haut le résultat des recherches de G. Sée, qui est contraire à cette opinion.

Constitution. — De 18 enfants chez lesquels la constitution a été notée avec soin, Rufz trouve que 15 sont plutôt maigres que gras, plutôt faibles que forts; 3 jeunes filles de treize à seize ans étaient évidemment robustes; la plupart des enfants étaient blonds ou châtains, et deux étaient très-bruns.

Hérédité. — Sur 18 sujets, Rufz n'a rencontré que deux fois deux choréiques dans la même famille; mais d'autres auteurs ont cité quelques faits un peu plus remarquables : ainsi Stiebel (1) parle de plusieurs familles dans lesquelles la chorée était fréquente. L'influence de l'hérédité est très-peu considérable; Rilliet et Barthez, en particulier, n'en ont jamais constaté un seul exemple.

G. Sée (2) a trouvé que si la chorée elle-même se transmet très-rarement, il n'en est plus de même du rhumatisme, qui, suivant ses recherches, est la cause principale de la chorée. On voit, dans les cas qu'il a recueillis, des rhumatisants avoir des enfants choréiques, ceux-ci en avoir des rhumatisants, et, de cette manière, ce serait le principe de la maladie, et non l'affection elle-même, qui serait transmis.

Saisons, climats. — Nous avons vu la danse de Saint-Guy débuter dans toutes les saisons, mais plus fréquemment en été : il ne paraît pas que le climat exerce la même influence que la saison, puisque la chorée, presque inconnue dans les climats très-chauds, est au contraire fréquente dans les régions septentrionales.

Les recherches de G. Sée, et après lui celles de Botrel, ont complétement confirmé ce résultat. G. Sée a, en outre, constaté que l'*habitation dans un lieu bas et humide* est une cause prédisposante dont l'action est incontestable.

On cite les *études prématurées*, une *éducation efféminée* (Bernt), les *vices scrofuleux* et *rachitiques* (Jäger), et d'autres influences plus hypothétiques encore.

2° *Causes occasionnelles.* — Les parents ont une trop grande tendance à attribuer la chorée à la *frayeur.* Sur les 18 malades observés par Rufz, onze fois les parents regardaient la peur comme cause de la maladie; mais en y regardant de plus près, on s'aperçoit que, assez fréquemment, cette opinion n'est pas soutenue, et Guersant pense que, dans un bon nombre de cas, si les petits malades ont manifesté de la frayeur, c'est que déjà ils étaient fortement disposés à la maladie, ou même en présentaient de légers symptômes.

(1) Stiebel, *Casper's Wochenschrift*, 1836.
(2) G. Sée, *Mémoires de l'Acad. de médecine*, t. XV.

« Les *accès violents de colère*, disent Guersant et Blache, les *grandes contrariétés*, la *jalousie*, la *masturbation*, la *suppression des règles*, ont paru plusieurs fois déterminer l'apparition de cette maladie. » Georget (1) dit aussi qu'on l'a observée quelquefois à la suite des attaques d'*épilepsie* et d'*hystérie*.

Coups, chute. — Bouteille a rapporté deux cas dans lesquels la chorée s'est manifestée à la suite d'une *contusion à la tête* (coups, chute) ; mais les auteurs récents qui ont étudié ce point d'étiologie avec un grand soin, n'ont pas observé de faits semblables. Dans un cas seulement, Rilliet et Barthez ont pu soupçonner un coup reçu sur la tempe d'avoir occasionné la maladie.

La chorée se développe, dans un certain nombre de cas, soit dans le cours d'une *affection occupant le tube intestinal*, soit immédiatement après (Guersant). Bouteille rangeait ces cas dans l'espèce désignée sons le nom de *deuteropathica*.

Un nombre considérable d'auteurs ont attribué la chorée à la présence des *vers* dans les intestins ; mais Blache n'a jamais constaté l'existence des entozoaires dans les cas soumis à son observation, et, de plus, il rappelle que maintes fois on a pu expulser des vers en assez grande quantité, sans pour cela faire cesser les symptômes de la chorée.

Imitation. — Cette cause a été admise par beaucoup de médecins du siècle dernier. On a regardé comme une chorée cette affection nerveuse qui se propageait dans l'hôpital de Harlem, avec une facilité si grande, que Boerhaave fut obligé de menacer les enfants de se servir du cautère actuel pour faire cesser cette espèce d'épidémie ; mais est-il certain que ce fût la chorée ? Ce dont on ne peut douter, c'est qu'aucun des auteurs qui ont étudié les faits avec attention et avec une connaissance entière de la maladie, n'a vu un exemple évident de chorée par imitation, bien qu'ils aient observé dans des hôpitaux où les enfants choréiques sont pêle-mêle avec les autres malades.

J. Frank nous a signalé encore beaucoup d'autres causes occasionnelles ; mais il ne faut qu'un coup d'œil jeté sur le passage où il traite des causes déterminantes, pour s'assurer que très-souvent les auteurs qu'il a consultés ont fait des erreurs de diagnostic et ont pris pour la chorée d'autres affections nerveuses, telles que les convulsions causées par la *dentition*, le tremblement déterminé par le *mercure*, la paralysie causée par le *plomb*, les accidents nerveux produits par la *morsure de certains animaux venimeux*.

Viennent ensuite d'autres causes dont il est à peine nécessaire de parler, tant elles sont banales. Ce sont la *suppression de la sueur des pieds*, la *suppression trop rapide des ulcères*, *des maladies de la peau*, *de divers flux*, etc.

Il reste une cause à citer : c'est l'*influence épidémique*. On connaît les épidémies citées par Mézeray, Cullen et le docteur Hecker (2) ; mais il est douteux que la plupart d'entre elles puissent être rapportées à la chorée plutôt qu'à d'autres affections nerveuses. Les auteurs les plus récents n'ont rien observé qui ressemblât à une épidémie.

Rhumatisme. — D'après les recherches de Sée, Hughes et Botrel, non-seulement il y aurait des cas où la chorée serait de nature rhumatismale, mais cette

(1) Georget, *Dictionnaire de médecine* en 21 volumes, art. ÉPILEPSIE, 1re édit., t. XII, p. 172.

(2) Hecker, *Mémoire sur la chorée épidémique du moyen âge* (*Ann. d'hygiène*, 1834).

maladie serait, dans l'immense majorité des cas du moins, sous la dépendance immédiate du rhumatisme, ou, en d'autres termes, elle serait une manifestation particulière du vice rhumatismal. C'est sur des recherches nombreuses et faites avec grand soin que cette opinion s'est établie.

Des faits de chorée succédant au rhumatisme ou coïncidant avec lui avaient été publiés par Stoll, Bouteille, Copland, etc. Bright (1), avec sa sagacité ordinaire, avait entrevu le rapport de la chorée et du rhumatisme ; mais il restait à généraliser le fait, et c'est la tâche qu'a remplie Germain Sée, à l'aide d'une analyse exacte de 128 cas de chorée soigneusement observés, et dans lesquels il a vu la chorée succéder, dans la majorité des cas, au rhumatisme articulaire ou coïncider avec lui, ou enfin le précéder de peu de temps. Aussi, pour lui, la chorée n'est-elle autre chose que l'expression symptomatique du rhumatisme fixé sur le système nerveux. Les recherches de Hughes l'ont conduit aux mêmes conclusions.

Quant à Botrel, il n'a, sur 82 cas qu'il a rassemblés, vu manquer la cause rhumatismale que 13 fois, ou plutôt les renseignements ont été insuffisants, car 4 fois seulement, il lui a été affirmé que les malades n'avaient pas eu de rhumatisme.

L'opinion de ces médecins mérite, comme on le voit, d'être prise en grande considération, et nous fait envisager la chorée sous un nouveau point de vue.

Beghie (2) a cité des faits en faveur de la relation qui existe entre le rhumatisme et la chorée.

Gabb (3) a également rapporté un cas dans lequel la *coïncidence de cette maladie et du rhumatisme articulaire aigu* est des plus remarquables, et les faits de ce genre tendent à se multiplier.

Dans les cas recueillis par Eisenmann (4), au contraire, le *rhumatisme* n'a été noté qu'un très-petit nombre de fois, et cependant cet auteur attache une grande importance à cette cause.

§ III. — Symptômes.

Il faut diviser, pour la description des symptômes, la chorée en *générale* et en *partielle*. Pour ces deux variétés, le début est ordinairement le même, de telle sorte qu'on ne peut pas prévoir d'avance si elle occupera toutes les parties du corps, ou si elle restera bornée à quelques-unes.

Prodromes. — On a cité un certain nombre de phénomènes précurseurs que quelques auteurs, et en particulier Copland, regardent comme à peu près constants, tandis que beaucoup d'autres les considèrent comme assez rares. Ces phénomènes sont une irascibilité plus ou moins grande, du malaise, de l'abattement, des troubles digestifs consistant principalement dans le dérangement de l'appétit et dans la constipation. Dans un cas, Rilliet et Barthez ont constaté l'existence de vomissements et d'un peu de diarrhée pendant huit jours avant le développement de la chorée ; mais ces mêmes auteurs, ainsi que Rufz, Blache et Guersant, ont noté,

(1) Richard Bright, *Cases of spasmodic disease accompanying affections of the pericardium* (*Med.-chir. Trans. of London*, 1839, t. IV, p. 1).
(2) Beghie, *Monthly Journ. of med. science*, avril 1847.
(3) Gabb, *Provincial medical and surgical Journal*, 1848.
(4) Eisenmann, *loc. cit.*

d'après un interrogatoire attentif, qu'en général l'affection débute sans prodromes par le trouble des mouvements qui va être décrit.

Début. — Le début, qui consiste dans une certaine perturbation des mouvements, se fait remarquer par une agitation bornée soit à un membre (ordinairement un des deux membres supérieurs), soit à deux membres à la fois, soit même seulement aux doigts d'une main. Il est ordinaire de voir en même temps, ou peu de temps après, quelques mouvements irréguliers de la face, d'où résultent des grimaces passagères pour lesquelles les enfants sont bien souvent punis. Au bout d'un temps variable, la perturbation des mouvements augmente en intensité et en étendue, et la maladie est confirmée. On a cité quelques cas dans lesquels presque toutes les parties du corps ont présenté, dès le début, des convulsions choréiques, mais ces cas sont de beaucoup les plus rares.

Chorée générale. — Le symptôme capital est le trouble singulier que présente la motilité. Les *mouvements involontaires* sont si irréguliers, qu'il est difficile de les faire entrer dans une description méthodique. Pour tâcher d'y parvenir, il faut nécessairement passer en revue les diverses parties du corps.

Du côté des membres supérieurs, on voit les doigts s'agiter d'une manière très-variable. Pour bien constater ce phénomène, il faut faire placer la main, étendue et en pronation, sur un plan solide ; on voit alors les doigts se fléchir, s'étendre, se rapprocher, se porter l'un sur l'autre, s'écarter de la manière la plus diverse. Par le même moyen on constate les contractions involontaires des muscles de l'avant-bras et du bras, car la main se trouve tantôt fléchie, tantôt étendue, tantôt portée en supination, pour être ensuite brusquement ramenée en pronation ; puis tout à coup la main quitte le plan sur lequel elle reposait, l'avant-bras se fléchit, et un moment après il s'étend de nouveau. Lorsque la chorée est portée à un haut degré, les mouvements involontaires des muscles du bras et de l'épaule deviennent très-marqués, et le membre est projeté irrégulièrement dans une grande étendue : ainsi la main est portée vivement derrière la tête, puis ramenée le long du corps, ou bien le bras s'étend brusquement ; il en résulte des gesticulations ridicules. Un très-bon moyen pour juger de l'étendue des contractions involontaires des muscles des membres supérieurs consiste à faire boire les malades : il y a d'abord de l'hésitation, de la maladresse dans la manière dont ils saisissent le verre ; puis, quand ils l'ont saisi, au lieu de le porter directement à leur bouche, ils font des écarts à droite et à gauche, en haut et en bas ; ils le rapprochent, puis l'éloignent tout à coup, jusqu'à ce qu'enfin, après des tergiversations plus ou moins nombreuses, ils le portent à leur bouche, le saisissent avec les dents pour le fixer et le vident presque d'un seul trait. Si les malades veulent prendre, sur un plan vertical, un objet délié, comme une épingle, ils s'en approchent, s'en éloignent, et finissent par le prendre brusquement dans l'intervalle de deux convulsions.

Les *troubles de la motilité des membres inférieurs* se font d'abord remarquer dans la station ; les jambes se fléchissent, s'écartent tour à tour de la verticale, sont agitées de mouvements divers. La progression est encore assez facile, mais bientôt elle devient difficile, parce que les contractions involontaires surprenant les malades au moment où ils vont poser le pied par terre, il y a constamment imminence de la perte de l'équilibre. Puis enfin, au bout d'un certain temps, ils bronchent presque à chaque pas, et la maladie faisant des progrès, ils finissent par présenter une dé-

marche singulière et ridicule que Sydenham a comparée à celle des idiots, et un sautillement irrégulier : d'où cette apparence de danse qui a fait donner son nom à la maladie. A un degré plus avancé, les malades tombent fréquemment pendant la progression, et, plus tard encore, ils sont forcés de rester couchés. Alors si on les examine au lit, on voit que les membres inférieurs, comme les supérieurs, sont agités de mouvements désordonnés.

Les muscles de la *face* participant à la maladie, il en résulte des contractions qui font grimacer fortement le visage : c'est un tic, une espèce de rire sardonique, un spasme cynique, enfin des convulsions ressemblant assez à celles que nous avons décrites page 784 (1), mais plus désordonnées encore. Dans les cas les plus graves, « les *yeux*, suivant la description de Rufz, sont dans une rotation continuelle ; les *lèvres* sont fermées ou béantes ; le malade tire la langue involontairement. Toute la face est dans une grimace continuelle. »

Ces convulsions s'étendent souvent aux *muscles du cou*, et la tête est alternativement portée dans divers sens. J. Frank rapporte l'exemple d'un Polonais qui avait des contractions du cou tellement fortes, que la tête venait brusquement toucher l'épaule. « J'ai vu, dit Blache, des enfants chez lesquels la fréquence de ces mouvements avait occasionné des excoriations à la partie postérieure de la tête. » Suivant le même auteur, ces excoriations peuvent se trouver sur le tronc et sur toutes les grandes articulations, et elles sont le résultat des grands mouvements convulsifs dans ces diverses parties.

Lorsque la chorée affecte les muscles de la *langue* et du larynx, il existe une difficulté plus ou moins grande dans l'exercice de la *parole ;* quelques malades bégayent ou balbutient ; il en est qui ne peuvent articuler un seul mot ; enfin on en voit qui font entendre une sorte d'aboiement comparable à celui du chien. Blache a observé, en 1821, à l'hôpital des Enfants, un jeune enfant qui présentait ce phénomène remarquable, et a donné des soins à une jeune fille de huit à neuf ans chez laquelle on remarquait quelque chose d'analogue, les mouvements choréiques étant d'ailleurs bornés, dans ce cas, aux muscles du larynx.

Le *tronc*, dans les cas où la maladie présente une certaine intensité, participe à cette perturbation des mouvements, et de là des inflexions variables, une agitation presque continuelle du corps, qui, dans l'état de veille, ne laisse presque aucun repos aux malades. Ces mouvements involontaires sont quelquefois portés à un tel degré que les enfants tomberaient si on ne les attachait dans leur lit.

Cette perturbation des mouvements, cette agitation choréique augmentent ordinairement d'intensité lorsque les malades, presque toujours timides et irritables, s'aperçoivent qu'ils sont examinés avec curiosité. Les émotions morales de toute nature ajoutent aussi à la fréquence et à l'étendue des convulsions.

Pendant le sommeil des malades, on voit ordinairement les convulsions cesser d'une manière complète. Lorsque la maladie est portée au plus haut degré, l'agitation continue pendant la nuit, mais c'est en général parce que les malades ont un sommeil interrompu, et que les convulsions se produisent pendant la veille. Dans tous les cas, les convulsions se montrent presque immédiatement après le réveil, et parfois le réveil est précédé du retour des mouvements involontaires.

(1) Chap. III, art. III, CONVULSION DE LA FACE, p. 784.

Les variations atmosphériques ne paraissent pas apporter de différences notables dans les mouvements choréiques.

Au trouble de la motilité se joint un trouble aussi remarquable de la *sensibilité morale ;* à mesure que les malades s'agitent, ils pleurent, poussent des cris, s'épouvantent aux moindres surprises (Rufz). On voit que ces symptômes, que nous avons signalés comme phénomènes précurseurs, loin de se dissiper lorsque la maladie fait des progrès, font au contraire des progrès avec elle.

Bouteille a rangé parmi les symptômes de la chorée un certain degré d'*affaiblissement de l'intelligence*, et même un commencement d'imbécillité ; Rufz et Blache se sont assurés que cette assertion est inexacte relativement à la chorée récente. Rufz a entendu dire que les enfants affectés de cette maladie sont plus capricieux et plus difficiles à gouverner que les autres, ce que l'on pouvait facilement prévoir d'après ce que nous avons dit plus haut ; mais de là à un affaiblissement de l'intelligence il y a loin.

Complications. — [Il est incontestable néanmoins que les cas de chorée grave avec fièvre s'accompagnent quelquefois de délire : dans les chorées chroniques, les troubles partiels de l'intelligence sont assez communs. Marcé (1) a établi la fréquence de la coïncidence des troubles intellectuels avec la chorée, et montré que cette maladie a pu paraître, dans certains cas, une prédisposition à l'aliénation mentale.

La plupart des auteurs qui se sont occupés de la chorée n'ont fait qu'entrevoir les troubles de l'intelligence. Copland avait bien signalé, au début, une susceptibilité nerveuse exagérée ; Bouteille, Rufz, Dufossé, Rilliet et Barthez, Sée, observateurs sagaces, se sont bornés à indiquer chez quelques-uns de leurs malades un affaiblissement de la mémoire, une modification dans le caractère, chez d'autres un état d'idiotie. Marcé (1), le premier, recueillit ces renseignements un peu vagues, les compléta, et décrivit l'état mental dans la chorée.

Ces troubles sont de deux ordres : ils portent sur la sensibilité, sur l'intelligence. Isolés, les désordres de la sensibilité morale se traduisent par une mobilité extrême, qui se rapproche singulièrement de la mobilité hystérique. Ce sont : des vertiges, des étouffements, qui s'accompagnent de sanglots ou de rires impossibles à réprimer, d'alternatives d'expression et de tristesses sans sujet ; en même temps les malades ont des symptômes et des antipathies non motivées, ils deviennent querelleurs, méchants, bizarres dans leurs actes ; c'est surtout au début de la chorée, avant même l'explosion des troubles musculaires, que ces altérations de la sensibilité morales sont facilement appréciables.

Les troubles de l'intelligence (Marcé) n'existent pas isolément. Quiconque a vu des choréiques sait combien l'examen exagère les mouvements, combien l'attention se fatigue vite, et la difficulté qu'on rencontre à maintenir près de soi un enfant choréique ; les plus intelligents même perdent la mémoire, et bien qu'ils comprennent tout ce qu'on leur demande, ils sont incapables de suivre une idée dans ses développements, de faire ce qu'on leur a ordonné. Si l'on insiste, le malaise augmente

(1) Marcé, *De l'état mental dans la chorée* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 1859, t. XXIV, p. 741).

(2) Marcé, *Mém. de l'Acad. de méd.*, t. XXIV, 1860.

et la physionomie prend une expression de niaiserie, d'hébétude, qui, bien à tort, les a fait considérer comme atteints d'idiotie.

A ces troubles généraux se joint souvent une lésion partielle d'une haute importance, c'est l'hallucination. Elle présente ce caractère particulier de revenir plus intense, plus impérieuse le soir, dans l'état intermédiaire à la veille et au sommeil, c'est une hallucination hypnagogique que l'intervention des facultés intellectuelles ne parvient pas toutefois à faire cesser. Le malade voit autour de lui des figures grimaçantes, des animaux qui escaladent son lit : Bouteille cite l'histoire d'une jeune fille que poursuivait un chien noir, et dont la chorée ne reconnaissait pas d'autre origine que la frayeur causée par cet animal. Elle le revoyait tous les soirs, et jusque dans ses rêves. Ces visions inquiètent les malades, qui prennent pour les écarter de nombreuses et inutiles précautions.

Tant que l'hallucination est passagère, elle n'ajoute rien à la gravité de l'affection. Mais dès qu'elle devient permanente, elle peut entraîner, après elle, des troubles rapidement compromettants. Autour d'elle viennent se grouper des conceptions délirantes qui, se multipliant, arrivent à une véritable incohérence, au délire maniaque proprement dit. L'agitation peut devenir extrême et offrir avec le délire aigu une ressemblance presque complète. Les mouvements choréiques s'exagèrent encore, et l'on a peine à maintenir les malades, qui, la face animée, le corps baigné de sueurs, le pouls fréquent, ne peuvent rester en place, poussent des cris effrayants, se précipitent et succombent en peu de jours. Chez d'autres malades, l'état est moins aigu, les conceptions délirantes de nature triste n'amènent que de la dépression. Dans ces cas, on observe une sorte d'hébétude analogue à celle qui suit certaines fièvres typhoïdes graves.

Nous avons emprunté ces détails à Marcé, dont les observations ont porté sur 57 choréiques. Cet auteur a fait avec soin ressortir l'immunité complète dont beaucoup de malades ont joui au point de vue des désordres cérébraux : en effet, sur 57 malades, 21 n'ont jamais eu de délire. Les conditions de sexe et d'âge ne lui ont rien offert qui mérite d'être noté.

A part quelques indications spéciales, le traitement de ces troubles ne présentant rien de particulier, nous renvoyons au traitement général de la chorée.]

La chorée *n'est pas une affection douloureuse*. Toutes ces contractions désordonnées se font non-seulement sans aucune douleur, mais encore sans fatigue. Suivant quelques auteurs cependant, il existerait de la douleur, si ce n'est dans tous les cas, du moins dans la majorité. Selon Lisfranc et Serres (1), il y aurait une douleur plus ou moins vive à la partie postérieure et inférieure du crâne ; mais cette opinion, émise à une époque où la localisation des facultés cérébrales préoccupait les esprits, a été reconnue complétement inexacte par l'observation ultérieure. Les enfants choréiques peuvent présenter de la céphalalgie comme les autres ; mais, et c'est un fait qu'avait déjà noté Elliotson, cette céphalalgie se dissipe d'elle-même ou cède facilement aux émissions sanguines locales, sans que la maladie en soit le moins du monde modifiée.

Bien que quelques auteurs aient voulu rattacher à la chorée un certain nombre d'autres symptômes, comme la *cardialgie*, les *palpitations*, la *dysurie*, etc., nous

(1) Serres, *Acad. de méd.*, 16 août 1827.

ne nous en occuperons pas, parce qu'évidemment ils n'appartiennent pas à cette maladie. Il n'est pas, en effet, un seul cas de chorée simple où l'on en ait constaté l'existence, et de plus tous les auteurs s'accordent à dire que, dans les cas simples dont il s'agit ici, toutes les fonctions s'accomplissent normalement. Dans l'espèce que Bouteille a nommée *deuteropathica* on remarque quelquefois des symptômes intestinaux ou autres, mais c'est seulement au début, et parfois comme prodromes. Lorsque la maladie survient dans le cours d'une autre affection, il faut prendre garde de se laisser tromper par des symptômes de cette maladie qui n'appartiennent pas à la chorée. La chorée est une maladie *non fébrile.* Dans deux cas où aucun caractère rhumatismal n'avait été noté, Smith et Lionel Beale (1) ont vu la *sécrétion urinaire* présenter, suivant eux, les mêmes modifications que dans le rhumatisme articulaire aigu. Sur 1000 parties, ils ont trouvé :

Eau	917,90
Matière solide	82,10
	100,00

La matière solide se décompose comme il suit :

Urée	41,10
Sels alcalins	12,83
Sels terreux	00,77
Matière animale extractive mêlée à un peu d'acide lithique	27,40
	82,10

Chorée partielle. — La chorée limitée à une seule partie du corps pendant tout le cours de la maladie, est beaucoup plus rare qu'on ne le pense généralement. Ayant suivi l'affection dans tout son cours, nous ne l'avons vue, sur dix-neuf cas, qu'une seule fois limitée à une partie. Dans tous les autres, le trouble de la motilité arrivait à occuper à la fois plusieurs parties des deux côtés du corps. Si l'on a cru qu'il en était autrement, c'est qu'on n'avait fréquemment observé l'affection qu'à une époque assez rapprochée du début.

Lorsque la chorée n'occupe qu'*un seul côté du corps*, soit parce qu'elle doit y rester fixée, soit, ce qui est plus ordinaire, parce qu'elle n'a pas encore eu le temps de gagner l'autre côté, c'est dans le *côté gauche* qu'on l'observe le plus souvent. Dans cette chorée partielle, il y a un contraste frappant entre la rectitude des mouvements des membres du côté droit et la perturbation de ceux du côté gauche. On remarque principalement ce contraste à la face. C'est l'inverse qu'on observe dans les cas plus rares où la maladie occupe le *côté droit* exclusivement.

On a vu quelquefois la chorée *bornée aux membres supérieurs* et même à *un seul de ces membres*, le gauche principalement. Au début de la maladie, c'est le cas le plus fréquent.

On n'a pas cité d'exemple bien authentique de chorée bornée aux *membres inférieurs* ou à la *face;* car il ne faut pas confondre avec la chorée les *convulsions idiopathiques de la face*, décrites dans un autre article.

(1) Lionel Beale, *Nouvelles preuves des rapports qui existent entre la chorée et le rhumatisme articulaire aigu* (*Medical Times*, 5 avril 1851, et *Union médicale*, 26 juin 1851, p. 303).

On a cité quelques exemples de chorée occupant un membre supérieur d'un côté et un membre inférieur de l'autre, et d'autres dans lesquels le trouble de la motilité ne se manifestait que dans la station, ou lorsque le malade était assis.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La forme la plus ordinaire, la *chorée subaiguë*, a une marche continue et progressive. On voit l'affection envahir d'abord le membre supérieur, puis la jambe du même côté, puis les deux autres membres de la même manière, enfin la face, et devenir générale. Si quelques auteurs, et en particulier Sydenham et Bouteille, ont pensé le contraire, c'est qu'ils auront été trompés par quelques cas exceptionnels, ou que les contractions involontaires des muscles des membres supérieurs n'auront pas suffisamment fixé l'attention. Quoique cette marche croissante de l'affection soit incontestable, nous rappellerons ici qu'elle consiste néanmoins dans des mouvements irréguliers qui se montrent à de courts intervalles ; que par conséquent ce symptôme, considéré isolément, est intermittent ; nous rappellerons aussi cette suspension des mouvements involontaires pendant le sommeil, ainsi que les exacerbations que produisent plusieurs causes signalées plus haut ; mais il n'en est pas moins vrai que d'un jour à l'autre la maladie fait des progrès, et qu'elle est toujours présente, puisque dès le réveil les symptômes se reproduisent. Ce n'est pas comme dans les affections franchement intermittentes, dans lesquelles, pendant une partie de la journée ou pendant plusieurs jours, l'organisme revient parfaitement à l'état normal. Cependant il est quelques cas rares où il existe une *intermittence* réelle et *périodique*. Bouteille et Rufz en ont cité des exemples ; ce dernier auteur a vu, dans un cas, la chorée débuter à midi et finir à dix heures du soir.

La durée de la maladie est variable. Dans les cas de guérison, la durée moyenne a été de trente et un jours (Rufz) ; mais dans les cas observés par Dufossé, le terme moyen a été de cinquante-sept jours, et Rilliet et Barthez ont vu l'affection durer de six semaines à deux mois et demi.

G. Sée a trouvé que la durée de la chorée est de soixante-neuf jours en moyenne, et il a vu aussi que le traitement a peu d'influence sur cette durée, ce que nous devrons rappeler plus tard.

Dans quelques cas, la chorée persiste pendant plusieurs années ; c'est la *chorée chronique*, qui, d'après la remarque de la plupart des auteurs, est partielle, et dans laquelle les membres affectés peuvent présenter des chairs flasques et molles, et un amaigrissement prononcé. Les cas de ce genre sont exceptionnels.

La chorée *se termine* ordinairement par la guérison, et la diminution de ses symptômes est progressive. Cependant les cas de mort ne sont pas extrêmement rares. « Dans les cas où la chorée doit avoir une issue funeste, on voit les mouvements acquérir progressivement une violence excessive, on a peine alors à contenir les jeunes malades, même en employant une force considérable. Ils brisent les liens dont on les entoure, se roulent en bas de leur lit, en un mot, le désordre des mouvements est presque aussi grand que celui qu'on observe dans certaines attaques d'épilepsie ; puis, subitement, la violence des contractions diminue pour faire place à des soubresauts de tendons, l'intelligence est abolie, les *pupilles sont contractées*,

la mâchoire serrée, la respiration difficile, et la mort vient terminer la scène. » (Rilliet et Barthez.) Quelquefois, il survient un calme marqué peu de temps avant la mort (Rufz); il y a des alternatives de pâleur et de rougeur de la face, les *pupilles se dilatent*, le pouls est insensible. Rilliet et Barthez sont portés à attribuer la mort à une asphyxie, sans toutefois éloigner complétement l'idée d'une syncope. Sur 158 cas rassemblés par G. Sée (1), neuf fois la maladie a été mortelle.

Les *récidives* sont fréquentes : c'est ce qui résulte des observations de tous les auteurs. Il n'est pas rare de voir la maladie se reproduire à des intervalles variables, quelques mois, un an, deux ans et plus, et cela à plusieurs reprises. Rien ne prouve que, dans les récidives, la maladie devienne plus grave qu'à la première attaque. Quant à l'apparition de diverses maladies, comme les exanthèmes fébriles, les phlegmasies, etc., elle ne peut être considérée comme une complication réelle. Ce sont des *maladies intercurrentes* qui, suivant la plupart des auteurs, et Rufz en particulier, n'ont aucune influence sur la marche de la maladie. Rilliet et Barthez ont trouvé que cette proposition est trop exclusive, car ils ont vu ces affections, et surtout les exanthèmes fébriles, tantôt modérer, tantôt exaspérer momentanément les mouvements choréiques.

Mais G. Sée (2) est arrivé aux résultats suivants : 1° Dans la période d'invasion d'une fièvre quelconque, les symptômes choréiques, loin de s'amender, augmentent; 2° quand la fièvre décline, les symptômes choréiques diminuent avec elle; 3° si ce n'est qu'une rémission, ces symptômes ne disparaissent pas complétement et augmentent de nouveau à la reprise de la fièvre; 4° quand la fièvre se dissipe complétement, la chorée disparaît avec elle. C'est de cette manière qu'il faut entendre l'aphorisme d'Hippocrate : *Febris spasmos solvit.*

§ V. — Lésions anatomiques.

Parmi les lésions anatomiques qui paraissent avoir un rapport réel avec les symptômes de cette maladie, nous citerons l'inflammation des tubercules quadrijumeaux signalée par Serres, une concrétion crétacée du cerveau trouvée par Rufz, l'hypertrophie de la couche corticale de cet organe (Hatin), l'hypertrophie de la moelle (Monod), et quelques autres lésions des centres nerveux. Parmi les secondes, on trouve des lésions du cœur, du péricarde, les vers intestinaux, etc. Ce qui jette du doute sur l'importance de ces lésions anatomiques dans la névrose dont nous nous occupons, c'est que, dans un nombre considérable de cas rapportés par Hawkins (3), Behrend, Ollivier, Rufz, Blache, Gendron, Rilliet et Barthez, etc., on n'a trouvé aucune lésion appréciable, quoique la maladie fût des plus violentes. G. Sée nous a fourni, sur l'existence des lésions qu'on peut rapporter au rhumatisme, les documents les plus importants. Sur 84 cas, 34 fois on trouva des lésions des séreuses (arachnoïde, péricarde, synoviale, etc.), qu'on pouvait rapporter au rhumatisme; 34 fois il y avait d'autres lésions plus ou moins importantes occupant

(1) G. Sée, *De la chorée. Rapport du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1850, t. XV, p. 489.

(2) G. Sée, *loc. cit.*, p. 413.

(3) Hawkins, *The London med. and phys. Journ*, 1827.

le système nerveux, et 16 fois seulement on ne trouvait aucune espèce d'altération, dans quelque point du corps que ce fût. (G. Sée.)

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

L'absence de la fièvre, du coma ou du délire, et de la roideur tétanique, sont des signes propres à séparer la chorée de toute affection de l'axe cérébro-spinal.

C'est à tort, selon nous, qu'on a cru pouvoir rapprocher de la chorée le *béri-béri*, le *branlement de tête des vieillards*, *certains tremblements nerveux* qui succèdent aux excès vénériens ou à l'abus des liqueurs spiritueuses ; celui que présentent les ouvriers qui manient les préparations saturnines ou mercurielles, et quelques *tics douloureux* dont les symptômes diffèrent essentiellement. (Blache.)

Pronostic. — Le pronostic est peu grave ; mais, dans un certain nombre de cas, on a observé la terminaison par la mort. Il est rare qu'il en soit ainsi dans les cas de chorée idiopathique ; cependant on a cité quelques exemples de terminaison funeste de ce genre. Quelles sont les conditions dans lesquelles la maladie prend ainsi une gravité inaccoutumée? C'est ce qui n'a pas été établi. On a attribué à certaines causes, comme à la masturbation, une influence fâcheuse sur l'issue de l'affection ; on a dit qu'elle était plus grave lorsque les facultés intellectuelles se trouvaient antérieurement affectées ; mais ce sont des assertions qui ont besoin de s'appuyer sur un plus grand nombre de faits.

La chorée qui est liée à une altération plus ou moins profonde du cerveau ou de la moelle est la plus grave de toutes. On a lieu de redouter une terminaison funeste, lorsque les convulsions deviennent incessantes et que la respiration s'embarrasse. Quand les mouvements involontaires sont remplacés par des soubresauts des tendons, la mort est imminente. Suivant Elliotson, lorsque la maladie survient chez des personnes âgées et chez des individus du sexe masculin, elle a plus de gravité. Le même auteur ne l'a jamais vue guérir lorsqu'elle occupait un seul bras, la tête ou quelques-uns des muscles de la face. On l'a vue souvent cesser à l'époque de la puberté et de la première éruption du flux menstruel. On a cité des exemples de chorée passée à l'état chronique ou dégénérant en une affection nerveuse plus grave ; mais ces faits doivent être mieux étudiés.

§ VII. — Traitement.

Émissions sanguines. — On sait que Sydenham recommande avec instance les *saignées* abondantes qu'il associait aux purgatifs répétés. Bouteille a aussi attribué une efficacité marquée à la saignée ; mais au lieu de saignées nombreuses et abondantes, il se contente d'une, deux ou de trois, modérées, suivant la force du sujet. Aujourd'hui peu de médecins ont recours aux émissions sanguines générales, à moins d'indications particulières. Si, avec les signes qui annoncent la pléthore, on observe une céphalalgie de quelque intensité, on recommande de tirer un peu de sang aux malades, mais on ne compte guère sur ce moyen pour la guérison de la chorée. Serres ayant, ainsi que nous l'avons dit plus haut, remarqué l'existence de douleurs occipitales et l'inflammation des tubercules quadrijumeaux, conseille

l'emploi des *sangsues* appliquées au pourtour de l'occipital. Cette pratique est très-peu employée par d'autres médecins, et elle n'a paru à Serres lui-même réussir que dans les cas de chorée récente. Le docteur Peltz (1) veut qu'on applique les sangsues aux tempes, en même temps qu'on emploie les purgatifs et les pédiluves sinapisés. Enfin d'autres médecins recommandent l'application des sangsues le long de la colonne vertébrale, et Bertini en particulier (2) veut qu'on les place aux lombes et au sacrum, où il a constaté l'existence d'une douleur notable.

Tartre stibié à haute dose. — Déjà Rasori avait conseillé le tartre stibié à haute dose dans le traitement de la chorée. Laennec l'employa dans un cas à une dose très-considérable, puisqu'il en administra jusqu'à 90 centigrammes par jour à une fille de vingt ans. Dans un cas, il y eut un soulagement très-notable, car la malade, qui avait, au commencement du traitement, des contractions involontaires de presque tous les muscles, pouvait broder lorsqu'elle quitta l'hôpital. Elle n'eut pas d'évacuations (3).

Breschet a employé le même moyen, en y joignant les purgatifs drastiques sous forme de pilules, ainsi qu'il suit :

℥ Aloès ou gomme-gutte..........	aa parties égales.
Scammonée	
Calomel	

Mêlez. F. s. a. des pilules de 8,15 grammes. Dose : une toutes les trois heures, en alternant avec la potion stibiée. On s'arrête lorsque l'effet drastique est suffisant.

Breschet a rapporté trois cas de guérison par ces moyens qui déterminaient des évacuations nombreuses.

[D'autres médecins, tels que Barbaud (de Bourg), employèrent vers la même époque (1821) l'émétique à haute dose. En 1857, Bouley, médecin de l'hôpital Necker, administra, en pareil cas, l'émétique aux doses suivantes : le premier jour, $0^{gr},50$ dans un julep, en une demi-heure ; le lendemain, 1 gramme ; et si la chorée résiste, le troisième jour, $1^{gr},50$ en deux heures. Des vomissements bilieux et des évacuations abondantes ont lieu ; il s'établit un véritable flux cholérique, qui ne laisse aucun répit au malade. A la suite de ces violentes secousses, les malades tombent dans une prostration excessive, et ils osent à peine faire un léger mouvement de tête, tant ils craignent de provoquer les vomissements. En moins de vingt-quatre heures quelquefois, la chorée a cédé. Cependant on a observé des récidives. D'ailleurs peut-être cette méthode n'est-elle pas sans danger. Depuis lors, un médecin de l'hôpital des Enfants malades, Gillette, a employé le même médicament, mais d'une autre façon. Cette pratique est exposée dans la thèse de Bonfils (1858), lequel a fait lui-même quelques essais dans ce sens (4). Voici en

(1) Peltz, *Nouv. Biblioth. méd.*, t. III.
(2) Bertini, *Repert. med. chir. di Torino*, 1825.
(3) *Mémoire sur l'emploi du tartre stibié à haute dose, d'après des faits recueillis à la clinique de Laennec*, par M. Delagarde (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1824, t. IV, p. 481). — Bayle, *Bibliothèque de thérapeutique*. Paris, 1828, t. I, p. 265.
(4) Gillette a exposé, le 10 mars 1858, à la Société médicale des hôpitaux, les résultats de son observation. On consultera avec intérêt la discussion à laquelle prirent part H. Roger, Sée, Ernest Barthez, Legroux et Natalis Guillot (*Union médicale*, 1858, p. 311).

quoi consiste cette méthode. Après s'être assuré que le tube digestif ne présente aucun trouble fonctionnel qui soit une contre-indication, on administre l'émétique ainsi qu'il suit : on le donne pendant trois jours en augmentant la dose, qui est, le premier jour, de 0gr,20, à prendre dans les vingt-quatre heures ; de 0gr,40, le second jour ; de 0gr,60 le troisième jour. Après ces trois jours, on suspend l'emploi de l'émétique. On laisse reposer le malade, et si la maladie persiste, on reprend le traitement quelques jours plus tard. On procède ainsi par séries de trois jours, séparées par un intervalle de repos plus ou moins long, et qui est de deux à six jours. Le médicament est administré par petites doses, dans une potion gommeuse. Le but est d'obtenir la tolérance. C'est ce que cherchait Laennec, tandis que Bouley cherche la perturbation. La tolérance s'établit bien si l'on ne donne une cuillerée de la potion que toutes les deux heures ; on évite ainsi les vomissements et les nausées. La diarrhée ne résulte pas nécessairement de cette médication. On n'a pas observé de rougeur survenant dans la bouche ou sur la muqueuse pharyngienne. Ordinairement le ralentissement du pouls est très-marqué, surtout le troisième jour. Ce ralentissement est en général dans la proportion suivante, de 85 à 76, de 72 à 60, c'est-à-dire que le malade perd environ 10 ou 12 pulsations. L'état général n'est jamais sensiblement troublé. L'amélioration de la maladie est d'abord très-légère, mais elle suit une marche progressive, et la guérison est prompte. Sur dix cas, neuf fois la guérison a été obtenue, et la moyenne du traitement a été de seize jours et demi, le minimum étant quatre jours et le maximum vingt-quatre. La médication formulée par Gillette paraît appelée à rendre de très-grands services.]

Purgatifs. — Nous avons vu page 877 que Sydenham joignait l'emploi des purgatifs à celui des émissions sanguines abondantes. Plusieurs auteurs ont recommandé l'usage des purgatifs seuls, et ont rapporté des exemples de guérison par ce moyen. Hamilton (1) veut que, dans cette médication, on ait égard aux deux périodes qu'il reconnaît à la marche de la chorée. Dans la première période, il prescrit les purgatifs doux (le *calomel*, l'*huile de ricin*, le *sulfate de soude*, *de magnésie*), et dans la seconde, il a recours à des purgatifs énergiques (*aloès*, *coloquinte*). Ce qu'il recommande surtout, c'est qu'on ne mette pas d'interruption dans l'emploi de ce moyen, et qu'on n'y renonce pas avant que la guérison soit complète. Ce traitement est approuvé par Chapman (2). Bardsley (3) a également préconisé l'emploi des purgatifs, et a cité des cas où ils ont seuls procuré la guérison ; mais le plus souvent il a été obligé de recourir à d'autres moyens actifs.

Narcotiques. — Les narcotiques ont été moins fréquemment et moins généralement employés dans la chorée que dans beaucoup d'autres névroses. L'*opium*, le *datura stramonium*, la *belladone*, ont été plus souvent prescrits ; l'opium doit être administré à assez haute dose. Mault (4), ayant inutilement tenté diverses médications chez une choréique, appliqua sur le trajet de la colonne vertébrale *un vésicatoire* de huit pouces de long sur un de large, et le pansa avec un linge recouvert d'une légère couche d'*extrait de belladone*. Ce linge ne fut laissé qu'une

(1) James Hamilton, *Observ. on the empl. of purgative medicines*. Edinburgh, 1805.
(2) Chapman, *Elements of therapeut.*, 4e edit. Philadelphia, 1825, t. I.
(3) Bardsley, *Hosp. facts and observ.*, etc. London, 1830.
(4) Mault, *The Lancet*, et *Bulletin génér. de thérap.*, 25 juillet 1850.

heure en place ; quatre heures après, il restait à peine quelques traces de convulsions. Quelle est, dans ce cas, la part du vésicatoire ?

Atropine. — L'*atropine* peut remplacer avantageusement la belladone (1). On débutera par la dose de 2 milligrammes par jour, qu'on portera graduellement jusqu'à celle de 5 ou 6 milligrammes, ou même de 1 centigramme dans les vingt-quatre heures, en surveillant son action. Cette application doit être faite sur la peau nouvellement dépouillée de son épiderme. On se rappellera que la surface d'un vésicatoire n'absorbe activement que pendant trois ou quatre jours.

Teinture d'atropine.

Atropine.................. 1 gram. | Alcool à 85 degrés........ 100 gram.

Faites dissoudre. On la prescrit en potions à la dose d'une à dix gouttes. Chaque goutte contient environ un demi-milligramme d'atropine.

Sirop d'atropine.

Atropine....................................... 1 décigram.

Faites dissoudre dans :

Eau.. 10 gram.

à l'aide d'une gouttelette d'acide chlorhydrique. Mêlez avec :

Sirop de sucre................................ 1000 gram.

100 grammes de ce sirop contiennent un centigramme d'atropine. On le prescrit à la dose de 20 grammes pour commencer.

Antispasmodiques. — Les antispasmodiques sont d'un usage plus répandu. Guersant recommande particulièrement la *valériane* et conseille de l'administrer d'abord à la dose de 75 à 90 centigrammes par jour, puis d'augmenter rapidement cette quantité de manière à arriver promptement à celle de 4, 8, 12 grammes par jour et plus chez les sujets plus âgés. Presque tous les enfants la prennent sans dégoût, si l'on a soin de l'unir à du miel ou à des confitures (Blache) (2).

Poissonnier-Desperrières conseille de donner le *camphre* en lavement, dissous dans le jaune d'œuf. On a également administré le camphre par la bouche. Nous citerons plus loin, à l'occasion du nitrate d'argent, la composition des pilules de Mérat, dans lesquelles entre cette substance.

L'*asa fœtida* était prescrite particulièrement par Jadelot et Fouquier. Bayle et Jadelot ont prescrit avec succès l'*asa fœtida* depuis 10 à 15 centigrammes jusqu'à 25 et 50 centigrammes par jour *chez des enfants de dix à quinze ans.* Fouquier donnait ce médicament avec avantage, mais à plus haute dose : les malades en prenaient jusqu'à 4 grammes et plus dans les vingt-quatre heures. Vauters (3) administrait cette substance de la manière suivante :

♃ Asa fœtida .... 15 gram. | Eau .... 500 gram.

Passez. A prendre 60 grammes toutes les deux heures.

(1) Bouchardat et Stuart Cooper, *Recherches physiol., thérap. et pharm. sur l'atropine* (*Gazette médicale de Paris*, 1848, p. 991, 1008). — *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, art. CHORÉE.
(2) Blache, *Bulletin des sciences méd.*, t. VIII.
(3) Vauters, *Med. Conversationsblatt*, 1831.

Plusieurs autres antispasmodiques, et en particulier les *préparations de zinc*, ont encore été prescrits.

Formule de Schneider.

♃ Asa fœtida .... } Racine de valériane pulv. }	aa 12gr,00	Castoréum	2gr,50
		Extrait de belladone	0gr,25
Oxyde de zinc	1gr,25	Extrait de camomille............	q. s.

Faites des pilules de 10 centigrammes. Dose : six par jour, dans une infusion de valériane, de camomille et de *chenopodium ambrosioides*.

Quelle est la valeur réelle des antispasmodiques? On ne peut guère douter qu'ils n'aient des avantages; mais comme c'est une question de comparaison, et que les points de comparaison nous manquent, nous ne pouvons pas connaître leur efficacité réelle.

Chloroforme. — Cette médication a été préconisée d'abord en France par Prévost, d'Alençon (1). Elle paraît avoir été employée en Angleterre dès les premiers temps de la découverte du chloroforme. Géry fils (1855) propose de n'employer cet agent anesthésique que dans les cas où les mouvements choréiques ont une très-grande intensité, et rapporte plusieurs observations favorables à cette méthode de traitement.

Ferrugineux. — Parmi les médicaments préconisés, il en est peu qui l'aient été plus que les ferrugineux, et en particulier le *carbonate de fer*. Elliotson (2) accorde une grande confiance à cette substance, et veut qu'on la donne à des doses très-considérables. Il la prescrit tout d'abord à la dose qu'il juge convenable d'atteindre, et qui n'est pas moindre de 8 grammes toutes les six heures chez un enfant de huit ans, et 15 grammes trois fois par jour chez un enfant de seize ans. On fait incorporer le médicament dans la mélasse ou le miel; avoir soin de *tenir le ventre libre*, pour que le médicament ne cause pas d'accidents.

Les recherches sur l'absorption de cette substance ont prouvé que, lorsqu'on dépasse 3 ou 4 grammes de carbonate de fer, la plus grande partie du médicament s'en va par les selles.

On a attribué à la menstruation difficile la production de la chorée dans quelques cas; il est évident qu'en semblable circonstance les ferrugineux sont plus particulièrement indiqués. C'est ce qui explique en partie les succès d'Elliotson, Baudelocque, Hutchinson, etc. Dans ce cas, prescrire les ferrugineux comme dans la chlorose (3) : ainsi la *limaille de fer*, les *pilules de Vallet*, de Blaud, etc.

Nitrate d'argent. — Le nitrate d'argent a été conseillé par Priou, Franklyn et quelques autres auteurs.

Pilules de Mérat.

♃ Extrait aqueux d'opium......	1gr,50	Nitrate d'argent fondu........	15 centigr.
Camphre en poudre..........	2gr,50	Sirop simple...............	q. s.

F. s. a. cinquante pilules. Dose : d'abord une, puis deux par jour.

(1) Thèse inaugurale, 1855.
(2) Elliotson, *On the medical properties of subcarbonate of iron* (*Med.-chir. Transactions*, London, 1825, t. XIII, p. 232).
(3) Voy. tome I, p. 532.

Arsenic. — L'*arsenic* a été employé avec succès contre la chorée rebelle ; déjà plusieurs médecins anglais, et Guersant, avaient obtenu des succès par ce moyen ; Henoch et Romberg (1) ont cité des cas très-concluants en faveur de ce remède. C'est la *solution de Fowler* qui est employée par eux. On mélange ensemble une drachme de solution de Fowler et une drachme d'eau distillée. On en fait prendre quatre gouttes trois fois par jour avec de l'eau. L'enfant prend donc chaque fois la soixante-septième partie d'un grain d'acide arsénieux (un gros et demi de la solution contenant un grain d'acide arsénieux, et quatre-vingt-dix gouttes constituant un gros de cette solution). On porte ensuite la dose à cinq, puis à six gouttes. On suspend l'administration du médicament s'il survient des symptômes d'intoxication, et surtout des nausées, des vomissements, de la diarrhée, ou des douleurs abdominales.

Rayer (2) a traité par l'*arsenic*, à la dose de 15 à 50 centigrammes, une chorée qui datait de quatre ans, et qui avait résisté aux traitements les plus variés. A l'époque où le fait a été publié, on avait obtenu une amélioration des plus grandes, mais non une guérison complète.

Sans citer aucun fait, Oke (3) dit avoir employé avec succès, dans des cas désespérés, l'*iodure de potassium* qu'il prescrit ainsi :

℥ Eau distillée de menthe poivrée.	75 gram.	Iodure de potassium.	1gr,25
Sirop d'oranges	15 gram.		

Une cuillerée à bouche trois fois par jour dans un peu d'eau.

Moyens divers. — *Racine d'armoise*, préconisée par Bonorden, l'*acide sulfurique* (Hildenbrand), l'*éther* (id.), les *fleurs de cardamine* (Michaelis), l'*huile de térébenthine* (Murchison), le *narcisse des prés* (Purché), le *cuivre ammoniacal* (Willan), etc. L'efficacité de tous ces moyens est très-douteuse.

Manson a employé l'*iode* chez 72 sujets, et en a guéri environ la moitié. Cette proportion n'est évidemment pas favorable à ce moyen. Si les malades présentent quelques traces de scrofules, l'indication de cette substance est plus précise. On a conseillé de donner la *teinture d'iode* à la dose de douze à dix-huit gouttes dans une infusion de feuilles d'oranger.

La *noix vomique* a été aussi mise en usage. Nieumann conseille les pilules suivantes :

℥ Asa fœtida.	6gr,25	Extrait de noix vomique.	1gr,25

Faites des pilules de 5 centigrammes. Dose : de six à dix par jour.

Cazenave et Lejeune ont cité des cas de succès par la noix vomique.

Dans un cas où la chorée avait succédé immédiatement à un rhumatisme articulaire aigu, Aran donna le *sulfate de quinine* et la guérison fut prompte (4),

(1) Henoch et Romberg, *Guérison de la chorée invétérée par l'arsenic* (*Casper's Wochenschrift.*, 1848). — *Journal des connaiss. méd.-chir.*, octobre 1848, p. 163.

(2) Rayer, *Emploi des arsenicaux dans le traitement de la chorée* (*Union médicale*, 7 mars 1848, p. 113).

(3) Oke, *Emploi de l'iodure de potassium dans le traitement de la chorée* (*Provinc. Journ. of. med.*, et *Bulletin génér. de thérapeutique*, 30 octobre 1852, t. XLIII, p. 376).

(4) Aran, *Chorée de cause rhumatismale traitée avec succès par le sulfate de quinine à haute dose* (*Bullet. génér. de thérap.*, 15 août 1852, t. XLIII, p. 130).

Médication externe. — Un moyen qui tient une grande place dans la médication externe consiste dans l'emploi des bains froids et des affusions froides; il est donc important d'entrer dans quelques détails à ce sujet.

Bains froids, affusions froides; bains de rivière, de mer, d'ondée, bains tièdes (1). — Déjà Dumangin et Bayle avaient employé avec succès les *bains froids.* Dupuytren avait pour coutume de faire prendre les bains froids *par immersion et par surprise:* pour cela, après avoir rempli une baignoire d'eau froide, deux aides prennent le malade par les pieds et par les épaules, et le plongent rapidement dans l'eau, puis le retirent au bout de peu d'instants, le replongent de nouveau, et ainsi de suite, à plusieurs reprises, suivant l'action plus ou moins énergique que l'on veut produire. On peut remplacer ces bains de surprise par des *affusions froides,* que l'on administre en jetant plusieurs seaux d'eau sur le malade placé dans une baignoire vide. Les *bains de rivière,* lorsque la saison le permet, et surtout les *bains de mer par immersion et à la lame,* agissent de la même manière, et ont procuré d'assez nombreux succès. Biett (2) a mis en usage des *bains d'ondée* ou *de pluie.*

On a cité, en faveur de tous ces moyens, des exemples de guérison; mais lorsque la saison est rigoureuse, et dans certaines circonstances facilement appréciables par le médecin, il est impossible d'avoir recours aux bains froids; alors on a conseillé les *bains tièdes,* et Dupuytren lui-même les employait en pareil cas. Avy a mis en usage les bains tièdes, pendant lesquels il faisait *projeter de l'eau froide sur la tête.*

Si nous voulons apprécier cette médication, nous devons faire remarquer qu'on lui a presque toujours associé l'emploi de plusieurs autres moyens qui ont pu agir pour leur part; néanmoins on ne peut douter qu'elle n'ait une grande valeur dans le traitement de la chorée.

Strychnine. — Trousseau emploie la strychnine d'une manière très-hardie, et regarde ce traitement comme héroïque.

Une préparation commode à manier, et qui a servi seule au traitement de plusieurs malades qui sont entrés dans le service, est le *sirop de sulfate de strychnine,* renfermant 5 centigrammes de sulfate pour 100 grammes de sirop de sucre.

[Trousseau préfère le sulfate de strychnine, parce que celle-ci ne se dissout que difficilement, tandis que celui-là est soluble en toutes proportions. 100 grammes de sirop contiennent à peu près vingt cuillerées à café, chaque cuillerée à café contient donc 5 milligrammes et demi ou un vingtième de grain de principe actif. Deux cuillerées à café représentent une cuillerée à dessert, et celle-ci contient, par conséquent, environ 10 grammes de sirop, 5 milligrammes ou un dixième de grain de sulfate; la cuillerée à bouche étant double de celle-ci, contient 20 grammes de sirop, un cinquième de grain ou 1 centigramme de sel de strychnine. Ce sirop n'est jamais préparé d'avance dans les officines, il est donc nécessaire de le formuler et de bien préciser que c'est du *sirop de sulfate de strychnine* que l'on

(1) Oré, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris, 1866, t. IV, art. BAINS.

(2) Biett, *Bons effets des bains froids dans le traitement de la chorée* (*Bullet. de thérap.*, 1834, t. VI, p. 206).

demande. Malgré son amertume, les enfants n'ont pas trop de répugnance à le prendre.

Mode d'administration. — En tenant compte de l'âge du malade, on en donne, le premier jour, deux à trois cuillerées à café, en ayant soin d'insister sur ce fait qu'il faut les faire prendre à des intervalles égaux dans le courant de la journée, une le matin, une le soir, l'autre au milieu du jour, de façon à pouvoir en surveiller les effets et à ne point outre-passer le but qu'on se propose d'atteindre. Si cette dose de trois cuillerées est bien supportée, on la continue d'abord pendant deux jours, puis on l'augmente d'une cuillerée ; vous attendez encore deux jours et vous arrivez ainsi jusqu'à six cuillerées à café, en espaçant toujours les moments où elles doivent être prises.

Cette dose atteinte, vous substituez une cuillerée à dessert à une cuillerée à café, et, en suivant les mêmes règles, vous arrivez à six cuillerées à dessert, par conséquent, à 60 grammes de sirop, contenant 3 centigrammes de sulfate de strychnine. Vous remplacez alors une des cuillerées à dessert par une cuillerée à bouche, et en augmentant progressivement, avec la même prudence, avec la précaution essentielle de distribuer le médicament à des intervalles sensiblement égaux dans le courant de la journée, vous arrivez à donner aux enfants de cinq à dix ans 50, 60, 80 et jusqu'à 120 grammes 25 milligrammes de sirop ; 3, 4, jusqu'à 6 centigrammes de sulfate de strychnine.

Au-dessus de cet âge, on commence par des doses plus fortes, par la cuillerée à dessert, et l'on arrive graduellement, chez les adolescents, jusqu'à 150 grammes de sirop, 8 centigrammes de principe actif. Avant d'aller à 200 grammes de sirop, maintenez-y les malades pendant deux jours. Il est d'autant plus essentiel de surveiller la médication que le médicament doit être porté à des doses suffisantes pour que son action se traduise par des effets physiologiques. Il est nécessaire aussi de prévenir les parents ou les personnes qui entourent le malade de ce qui doit arriver.

Au bout de très-peu de jours et lorsqu'on a commencé à augmenter les doses primitives, le malade éprouve, dans certains moments de la journée, vingt minutes, une demi-heure après avoir pris son sirop, un peu de roideur dans la mâchoire, du mal de tête, des troubles de la vue, un peu de vertige et quelques roideurs dans les muscles du cou ; il se plaint de démangeaisons dans les points de la peau qui sont recouverts de poils, au cuir chevelu ; ces démangeaisons s'étendent aux parties glabres, et quelquefois il survient une éruption prurigineuse. Si l'on augmente les doses du médicament, les roideurs se généralisent, occupent les membres les plus affectés de convulsions, qui, vous le savez, sont aussi les plus paralysés. En même temps se produisent en quelques cas des secousses musculaires, et souvent, lorsqu'on a affaire à des hystériques, des spasmes, des convulsions. Ces secousses se produisent surtout lorsque le malade est surpris, lorsqu'on lui donne un ordre qui devance subitement sa volonté, et elles peuvent être telles, que les individus soient précipités à terre.

Lorsque ces effets physiologiques se manifestent, se garder d'augmenter les doses, car la strychnine, comme toutes les préparations de noix vomique, est un de ces médicaments qui, en vertu de leur longue portée thérapeutique toute spéciale et d'une sorte d'accumulation d'action des plus remarquables, sont susceptibles de déterminer des accidents tout à fait imprévus, alors même que, administrés à doses

modérées, ils avaient pu ne donner lieu jusque-là qu'à des effets à peine appréciables.

Lorsque l'on voit survenir des spasmes après l'administration des premières cuillerées, il ne faut pas en donner, ce jour-là, davantage. En présence de ces faits que rien ne pouvait expliquer, Trousseau a cherché si les conditions météorologiques n'avaient pas leur part d'influence dans ce que nous observions, mais nos recherches n'ont abouti à aucun résultat (1).]

Forget, de Strasbourg (2), cite également un cas de guérison par la strychnine, qu'il administre ainsi :

♃ Strychnine........... 5 centigr. | Extrait de réglisse........ 100 gram.

M. Faites seize pilules. Dose : une matin et soir ; augmenter d'une pilule par jour, puis de deux, selon l'effet obtenu.

Chevandier (3), ayant employé chez quatre choréiques le traitement indiqué par le professeur Forget, lui attribue également de bons effets.

Un fait à l'appui de cette médication a été cité depuis par Landrel (4), qui, sous son influence, vit se terminer en douze jours un cas de chorée qui, jusqu'alors, avait résisté au traitement par la belladone et les bains frais.

Corrigan (5) a employé le *hachisch* contre la chorée, et l'a vu réussir dans plusieurs cas ; il donne la teinture à la dose de huit à trente gouttes.

Zabriskii (6) a cité quelques cas dans lesquels le *sanicle du Maryland*, à la dose de 2 grammes de poudre de la racine administrée trois fois par jour dans un peu d'eau, a procuré promptement une guérison complète.

Irritants cutanés. — On a fréquemment mis en usage les irritants cutanés sous diverses formes : ainsi plusieurs médecins conseillent d'appliquer des *sinapismes*, des *vésicatoires*, des *cautères*, le long de la colonne vertébrale.

La *pommade d'Autenrieth* a été prescrite en frictions sur le cuir chevelu préalablement rasé, et le long de la colonne vertébrale. Jenner mettait déjà ce moyen en usage ; Æneas Mac-Andrews (7) a suivi cette méthode, ainsi que Byrne (8) ; enfin Strambio (9) a cité des cas de guérison par les frictions avec la pommade stibiée, non plus seulement sur la colonne vertébrale, *mais sur toute la surface du corps.* Ce dernier auteur n'a jamais poussé l'application de ce remède jusqu'à la production des pustules ; mais il n'en est pas de même des autres, et la

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1865, t. II, p. 191.
(2) Forget, *Traitement de la chorée ; cas de guérison par la strychnine* (*Bulletin génér. de thérap.*, 15 février 1852, t. XLII, p. 97).
(3) Chevandier, *Guérison de la chorée par la strychnine* (*Union médicale*, 25 mai 1852).
(4) Ch. Landrel, *Chorée guérie par la strychnine* (*Journ. des connaiss. méd.-chir.*, juillet 1852, p. 375).
(5) Corrigan, *The Dublin hospit. Gazette*, et *Journal des connaiss. méd.-chir.*, juillet 1847.
(6) Zabriskii, *Du sanicle de Maryland contre la chorée* (*American Journ. of. med. sciences*, et *Journ. des connaiss. méd.-chir.*, février 1847, p. 79).
(7) Mac-Andrews, *London med. and phys. Journ.*, octobre 1825.
(8) Byrne, *The Amer Journ. of the med. sciences*, 1828.
(9) Strambio, *Giorn. annal. di med.*, 1828.

douleur que produisent ces pustules, les cicatrices qu'elles laissent après elles, sont de graves objections à adresser à l'emploi de cette pommade.

Électricité, aimant. — L'emploi de l'électricité a pour lui le témoignage de beaucoup d'auteurs, parmi lesquels il faut citer de Haën (1), Fothergill, Underwood, Baumes. On peut mettre en usage la machine ordinaire, l'appareil de Leyde, la pile électrique, la galvano-puncture, et surtout les procédés de Duchenne (2).

[Duchenne ne compte que deux insuccès sur dix guérisons. Ces deux insuccès pouvaient s'expliquer par l'ancienneté de la chorée (elle datait de deux à trois ans), bien que dans les dix guérisons plusieurs fussent également anciennes.

Duchenne a expérimenté comparativement, dans ce traitement de la chorée, la faradisation musculaire indirecte et directe des muscles affectés, avec intermittences lentes et avec intermittences rapides. Ces procédés divers ont donné des résultats à peu près identiques. Il préfère cependant les intermittences lentes, parce qu'elles provoquent peu de douleurs, et parce que l'excitation par les intermittences rapides est quelquefois suivie d'une augmentation des mouvements cloniques.

Traitement par la faradisation de la peau (Briquet). — Pratiquer la faradisation cutanée tous les jours ou tous les deux jours, en la faisant durer cinq ou six minutes, sur toute la longueur des membres convulsés, et en s'arrêtant principalement sur les membres les plus agités. Sur huit jeunes filles choréiques qui ont été soumises à ce traitement, la cessation complète des mouvements convulsifs a été obtenue : chez l'une au bout de huit jours, chez une seconde au bout de vingt et un jours, et chez les autres au bout de vingt-quatre, vingt-huit, trente-trois, trente-six et quarante-sept jours ; une neuvième malade a quitté la Charité vers le quinzième jour, sans être complétement guérie. La plupart de ces malades avaient été traitées, sans aucun résultat, pendant six semaines à trois et quatre mois, par les moyens ordinaires. (Briquet.)

La faradisation de la peau hâte d'une manière évidente la terminaison de la chorée.

Ces recherches, soumises au jugement de l'Académie de médecine de Paris, ont provoqué un Rapport lu par Blache en son nom et au nom de Bouvier et Trousseau, dans la séance du 9 décembre 1859, et dans lequel on remarque le passage suivant :

« Peut-être les cas observés par Briquet étaient-ils légers et devaient-ils ne point devenir graves ; peut-être aussi a-t-il tombé sur une série favorable, comme cela se voit de temps en temps ; mais toujours est-il que ces faits portent avec eux un grand intérêt, et qu'il est fort désirable que ces recherches soient continuées.

» Une objection que ne s'est point dissimulée Briquet, et qui n'est pas sans une certaine valeur, c'est l'excessive douleur occasionnée par la faradisation, douleur telle, qu'il s'est vu plusieurs fois obligé d'avoir recours au chloroforme pour en faire cesser les angoisses, ou pour vaincre la résistance qu'opposaient les malades à l'emploi de ce moyen.

» Aussi croyons-nous que, sauf dans les cas de chorée très-grave ou rebelle au traitement le plus habituellement efficace, la faradisation aura peu de chances d'être

(1) De Haën, *Ratio medendi*, t. I : *De vi electr.*
(2) Duchenne (de Boulogne), *Électrisation localisée*, 2e édit.

acceptée, surtout en ville (1). » Nous partageons entièrement l'opinion formulée par la commission académique.]

On a eu aussi recours aux *plaques aimantées*.

Bains sulfureux. — Baudelocque, le premier (2), a conseillé les bains sulfureux multipliés. Ce médecin faisait prendre un *bain sulfureux d'une heure de durée environ* tous les jours, le dimanche excepté. Il a constaté un assez grand nombre de guérisons rapides, et l'amélioration se manifestait dès le deuxième ou le troisième bain. Cependant il a cité des cas où, loin d'être utiles, les bains sulfureux ont exaspéré les symptômes, et Blache a observé un cas semblable. Se hâter d'employer ce moyen, et de recourir à ceux que nous avons déjà indiqués.

La chorée presque toujours tend à se terminer par la guérison vers le soixante-neuvième jour, terme moyen (G. Sée). Plus le début du traitement s'est rapproché de cette époque, plus l'efficacité des remèdes a dû paraître grande, et de là des erreurs qu'on ne pourra éviter qu'en tenant compte de ce fait.

[Les *exercices gymnastiques* sont un moyen très-employé aujourd'hui, et qui donne des résultats évidemment avantageux. Darwin (3) et Mason Good (4) signalèrent, les premiers, le parti qu'on pourrait tirer de cette médication. Louvet-Lamarre, en 1827, proposa de faire sauter à la corde les enfants atteints de chorée. Jolly, en 1836 (5), présenta la gymnastique, et notamment le saut à la corde, la danse, l'exercice du piano, comme capables de guérir la chorée, sans qu'il fût besoin d'employer aucun autre remède. Bonneau essaya de régler les mouvements avec un métronome. Sée a le premier publié sur cette question un mémoire appuyé sur des faits nombreux recueillis à l'hôpital des Enfants malades (6), où le traitement par la gymnastique a été employé depuis 1847 sur la plus grande partie des enfants atteints de chorée. En 1855, Blache a présenté à l'Académie de médecine un mémoire sur ce sujet (7), et indiqué comment devait être appliquée, suivant les cas, cette médication gymnastique. Pour les cas graves, le massage et les frictions, les mouvements cadencés exécutés par une main prudente, conviendront mieux. Sous le rapport de la pratique de ces moyens mécaniques, la médecine française est en retard sur l'Allemagne et la Suède. D'après des relevés statistiques de Moynier et d'après ceux qu'a donnés Blache, la durée moyenne du traitement suivi de guérison, dans la grande majorité des cas, serait de trente-neuf jours. Ce traitement gymnastique convient à la chorée chronique surtout, et donnera, en pareil cas, des succès nombreux et assurés. Il n'en est pas de même de la chorée aiguë et intense, contre laquelle ce moyen est évidemment insuffisant.]

Traitement de Bardsley. — On administre d'abord *les purgatifs seuls, et l'on en continue l'usage jusqu'à ce que les matières alvines aient repris leurs caractères normaux.*

(1) *Bulletin de l'Acad. impériale de médecine*, décembre 1859, p. 139.
(2) Duchenne (de Boulogne), *Électrisation localisée*, 2e édit.
(3) Darwin, *Zoonomie*. Gand, 1811.
(4) Mason Good, *Study of medicine*. Londres, 1822.
(5) Jolly, *Revue médicale*, octobre 1836.
(6) Sée, *De la chorée. Rapport du rhumatisme et des maladies du cœur avec les affections nerveuses et convulsives* (*Mém. de l'Acad. de médecine*, t. XV, 1850, p. 393).
(7) Blache, *Mémoires de l'Acad. de médecine*, Paris, 1855, t. XIX, p. 598, et surtout le remarquable rapport fait par Bouvier (*Bulletin de l'Académie de méd.*, t. XX, p. 833).

A cette époque, et quelque faible que soit la diminution des mouvements choréiques, on a recours aux *antispasmodiques* : le *musc* et le *camphre* à la *dose de* 0gr,20 *chacun, toutes les cinq heures.* Pour le soir, un *lavement* composé de :

Mixture d'asa fœtida. 120 à 150 gram. | Laudanum .... 20 à 30 gouttes.

Dans les cas de chorée traitée par les purgatifs seulement, la durée la plus longue du traitement a été de trois mois, la plus courte de trois semaines, et la durée moyenne d'un mois et demi. Dans les autres, la durée la plus courte est de dix jours, la plus longue de deux mois et demi, et la moyenne de trois semaines environ.

Szafkowski Rufin (2) a cité neuf cas de chorée essentielle qui ont guéri. Appliquer quatre ou six sangsues aux apophyses mastoïdes (deux ou trois de chaque côté, suivant la force et le tempérament du malade). Revenir à cette application, mais en très-petit nombre, pendant quatre ou huit jours consécutifs, suivant les effets qu'on en obtient. Les appliquer tantôt à l'anus, tantôt aux apophyses mastoïdes, si le désordre des mouvements a commencé par les membres inférieurs. Une fois que l'excitation cérébrale est tombée, donner des antispasmodiques (valériane, oxyde de zinc, castoréum), seuls ou combinés ensemble à des doses convenables, suivant l'âge, le tempérament du sujet, suivant la violence de la maladie. Cette médication doit être continuée huit jours au moins, et quinze au plus.

Une amélioration plus ou moins sensible sera obtenue à cette époque : c'est le moment de se servir des purgatifs. On emploie le *sulfate de soude* ou *de magnésie*, à des doses convenables, et toujours pendant deux jours consécutifs, une ou deux fois par semaine, suivant la force et l'état des voies digestives du malade, suivant la violence de la maladie et les effets évacuants de ces sels. Y revenir deux, trois, quatre, cinq, six fois, et toujours pendant deux jours consécutifs, s'il reste quelques mouvements désordonnés dans quelques parties du corps que ce soit. Nous n'avons jamais eu besoin d'y revenir plus de quatre fois ; ordinairement trois fois suffisent. (Szafkowski Rufin.)

Régime.—Lorsque la maladie se présente chez des enfants débilités, donner des aliments substantiels, et dans les cas où l'on croit devoir mettre en usage le traitement antiphlogistique, en aider l'action par un régime léger.

CHORÉES ANOMALES.

On a décrit plusieurs autres espèces de chorées qui sont désignées par les auteurs modernes sous le nom de *chorées anomales* : 1° la *grande danse de Saint-Guy*, signalée par Wichmann, par Wicke, etc., et qui est remarquable par de violents accès de convulsions; 2° la *chorée propulsive*, dont on trouve des exemples dans les auteurs qui se sont occupés des maladies du cerveau et de la moelle, et qui consiste à se porter en avant en courant et malgré soi ; c'est là un symptôme de maladies diverses auquel le nom de *chorée* est fort mal appliqué ; 3° la *chorée rotatoire*, à laquelle s'appliquent les mêmes remarques ; 4° la *chorée vibratoire* du même genre ; 5° la *chorée électrique* décrite par les médecins italiens (2), et qui

(1) Szafkowski Rufin, *Traitement de la chorée* (*Union médicale*, 25 août 1849).
(2) Voy. Rubini, *Giornale di Milano*, 1846 ; Tatti, Sabini, Rotundi (*Annali universali di med. d'Omodei.* Milano, 1846 et 1847).

est une maladie encore mal déterminée, ayant des symptômes d'abord comateux, puis apoplectiques, et des accès convulsifs.

Toutes ces affections diffèrent évidemment de la chorée ; leur conserver ce nom et les décrire comme des chorées, mêmes anomales, ce serait perpétuer une confusion fâcheuse. La plupart ne sont que des symptômes de diverses affections des centres nerveux.

Résumé. — *Médication interne.* — Émissions sanguines ; tartre stibié à haute dose ; purgatifs ; carbonate de fer ou autres préparations ferrugineuses ; toniques ; narcotiques ; antispasmodiques ; noix vomique ; sulfate de strychnine, arsenic, etc., etc.

Médication externe. — Bains froids ; affusions froides ; bains de rivière, de mer, d'ondée ; bains tièdes ; irritants cutanés ; électricité ; bains sulfureux ; gymnastique.

ARTICLE II.

ÉCLAMPSIE.

Presque tous les médecins s'accordent à admettre l'existence de convulsions idiopathiques essentielles qui se manifestent chez les enfants, ou chez les femmes pendant la grossesse et le travail de l'enfantement, et quoique quelques auteurs aient voulu ne voir dans ces convulsions, du moins chez les enfants, que des attaques épileptiques, il convient, la question étant indécise, de décrire à part cette espèce de névrose.

Nous ne dirons que quelques mots de l'éclampsie des femmes enceintes (1) ; mais l'éclampsie des enfants, qui a pour nous un intérêt réel, fixera surtout notre attention.

1° ÉCLAMPSIE DES ENFANTS.

Plusieurs auteurs, avec Sauvages et Cullen, ne séparent pas l'éclampsie de l'épilepsie.

Brachet (2) a cherché à établir, à l'aide de faits d'une valeur réelle, une différence marquée entre les diverses convulsions auxquelles les enfants sont sujets ; les signes qu'il a indiqués sont fugitifs.

La définition présentée par Dugès (3) prouve suffisamment que cet auteur range sous la dénomination d'éclampsie plusieurs affections différentes.

Guersant et Blache se contentent d'établir une distinction entre l'éclampsie et l'épilepsie légère, avec laquelle on l'a, suivant eux, confondue, et ils passent à la description des convulsions sympathiques ou essentielles, les seules qui, à leur avis, méritent le nom d'éclampsie.

Pour nous, renvoyant à l'article *Diagnostic* la discussion de cette question difficile, nous allons, à l'exemple de Guersant et Blache, Barthez et Rilliet, Bouchut,

(1) Voy. tome III, art. SYNCOPE, p. 281.
(2) Brachet (de Lyon), *Traité pratique des convulsions chez les enfants*. Paris, 1837, in-8.
(3) Dugès, *De l'éclampsie des jeunes enfants, comparée avec l'apoplexie et le tétanos* (*Mém. de l'Acad. royale de méd.*, Paris, 1833, t. III, p. 303).

Duclos (1), Ozanam (2), Trousseau (3), etc., traiter de l'éclampsie comme d'une maladie particulière.

§ I. — Synonymie, définition, fréquence.

On donne le nom d'*éclampsie* à des convulsions idiopathiques, essentielles ou symptomatiques, qui surviennent chez les enfants, et dont les caractères ne sont pas exactement ceux de l'épilepsie. Celles qui ne sont autre chose qu'un symptôme d'une affection plus ou moins grave conservent le nom générique de convulsions.

Cette maladie se trouve décrite en même temps que d'autres affections convulsives diverses, soit sous ce nom général de *convulsions*, soit sous ceux de *epilepsia puerilis*, *insultus epilepticus*, *mouvements convulsifs*, *spasme de la glotte*, *asthme thymique*. L'eclampsie des enfants n'est pas une maladie rare, surtout si l'on tient compte des convulsions sympathiques; on sait qu'elle se montre assez fréquemment dans la dentition difficile.

§ II. — Causes.

Barthez et Rilliet ont rassemblé ving-cinq cas de convulsions primitives ou sympathiques.

1° *Causes prédisposantes*. — *Age*. — L'éclampsie proprement dite se développe un peu plus tôt, en général, que les convulsions symptomatiques. On la voit, ordinairement, apparaître avant l'âge de sept ans. Billiard en a observé des exemples chez des nouveau-nés; nous l'avons notée chez des enfants qui n'avaient que quelques heures d'existence, et d'autres auteurs en ont vu des cas chez des sujets âgés de un à deux ans. On sait que les convulsions surviennent principalement à l'époque de la *première dentition*, mais nous avons parlé ailleurs de ces convulsions symptomatiques.

Sexe. — La plupart des auteurs s'accordent à dire que les garçons sont plus sujets à l'éclampsie que les filles. Les faits recueillis par Barthez et Rilliet ne sont pas d'accord avec cette opinion; mais le nombre de ces faits n'est pas assez considérable pour qu'on doive regarder le résultat comme définitif.

Constitution, *tempérament*. — Dans les cas de convulsions sympathiques qui ont passé sous nos yeux, le tempérament de nos jeunes malades ne nous a rien offert de bien caractéristique. La plupart étaient blonds, à chairs un peu flasques, en général peu forts; ils ne nous ont pas paru plus irritables ou plus excitables que les autres enfants de leur âge. Nous n'avons pas remarqué non plus que le volume de leur tête fût exagéré.

Nous ignorons s'il est des *saisons* dans lesquelles les convulsions soient plus fréquentes que dans les autres, même relativement aux *climats*.

Hérédité. — C'est une opinion généralement répandue que l'éclampsie se manifeste principalement chez les enfants dont les parents sont affectés de maladies convulsives; mais on n'a pas étudié rigoureusement les faits sous ce rapport.

(1) Duclos, *Études cliniques pour servir à l'histoire des convulsions de l'enfance*, thèse. Paris, 1847, n° 112.

(2) Ozanam, *Recherches cliniques sur l'éclampsie des enfants* (*Archives générales de médecine*, mars, mai et juin 1850).

(3) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., t. II, p. 112.

Cependant Barthez et Rilliet ont cité quelques cas dans lesquels les enfants avaient des parents épileptiques ou avaient eu des frères et des sœurs mortes de convulsions ; mais ce ne sont là que des renseignements incomplets.

[Un des faits les plus remarquables au point de vue de la prédisposition héréditaire, est celui qui a été rapporté par le docteur Duclos : il s'agit d'une femme qui avait eu des convulsions jusqu'à l'âge de sept ans ; elle eut dix enfants ; tous présentèrent des convulsions, et la plupart succombèrent dans les deux premières années (1).]

2° *Causes occasionnelles.* — *Émotions morales.* — Ainsi une jeune fille âgée de cinq ans est corrigée devant ses compagnes ; elle est si outrée, que sa colère se change bientôt en une crise de convulsions (2). La *peur*, une *douleur violente*, une *température trop élevée*, l'*exposition à un soleil ardent*, la tête découverte, l'*impression subite du froid*, ont suffi quelquefois pour produire des convulsions...... Dans certains cas, les convulsions ne connaissent pas d'autres causes que l'*imitation.*

L'application intempestive des *irritants cutanés* (sinapismes, vésicatoires) peut produire des convulsions. Nous en avons vu, pour notre part, des exemples remarquables dans les cas de maladies fébriles, même légères : c'est ainsi que nous avons vu cet accident se manifester chez un enfant de quatre ans et demi, à qui l'on avait appliqué des sinapismes aux mollets, pour un peu de somnolence produite par un coryza fébrile. Des calmants à l'intérieur et des cataplasmes émollients sur le point irrité par les sinapismes réduisirent en douze heures cette affection, qui paraissait si grave, à une simple indisposition.

Une *douleur aiguë*, le *chatouillement*, ont été considérés comme causes occasionnelles de ce genre d'affection. Il en est de même quelquefois d'une *température très-élevée*... Nous avons vu fréquemment des enfants en proie à des convulsions, pour être restés dans une chambre fortement chauffée, dans une salle de spectacle ou dans une église où se trouvaient réunies un grand nombre de personnes. L'*état électrique de l'atmosphère*, à l'approche d'un orage, a suffi souvent pour produire un accès convulsif (Andral). Des *émotions morales* vives, éprouvées par les nourrices, ont plusieurs fois, en altérant leur lait, donné lieu aussi à des convulsions.

On cite encore l'*ingestion de substances indigestes* (indigestion complète ou incomplète) et la présence des *vers intestinaux.*

[Cet ordre de faits rentre dans ce qu'on a appelé, surtout dans ces derniers temps, convulsions par *action réflexe.*]

Dans un certain nombre de cas, où l'on a cru à la production de la maladie par imitation, on peut très-bien admettre qu'il n'y ait autre chose qu'une forte émotion morale causée par les convulsions effrayantes dont les sujets sont témoins (Landouzy); n'en serait-il pas de même dans quelques-uns des cas dont nous parlons ?

Ces causes sont particulièrement attribuées à l'éclampsie essentielle ; mais les auteurs font remarquer, après les avoir énumérées, combien il est nécessaire qu'il y ait une grande prédisposition pour qu'elles agissent. C'est dire qu'elles n'ont pas toute la puissance qu'on pourrait leur supposer.

(1) Duclos, thèse inaugurale. Paris, 1847, n° 112, p. 75.
(2) Trousseau, *loc. cit.*, t. II, p. 115.
(3) Brachet, *loc. cit.*, p. 124.

Les convulsions sympathiques nous intéressent beaucoup moins en ce moment que les précédentes, car leur place principale se trouve dans la description des maladies dans le cours desquelles elles se produisent; disons seulement que les *maladies fébriles*, et en particulier les *fièvres exanthémateuses*, un *simple accès de fièvre*, l'*indigestion*, les *vers intestinaux*, l'*albuminurie*, etc., peuvent donner lieu à l'éclampsie chez les enfants. Il en est de même des *hémorrhagies abondantes*, et surtout de la *dentition difficile*.

Quant aux *conditions organiques* dans lesquelles, suivant quelques auteurs, se développe la maladie, nous en dirons un mot en parlant des *lésions anatomiques* qu'on a trouvées ou qu'on a cru trouver.

[Rilliet a insisté principalement sur l'éclampsie avec anasarque et albuminurie se montrant fréquemment, et passant souvent inaperçue chez les jeunes enfants. La cause la plus habituelle de cette maladie serait une fièvre éruptive, le plus souvent la scarlatine, quelquefois la rougeole. Il arrive assez souvent que l'œdème est peu prononcé, et le médecin ne songe pas toujours à examiner les urines. Souvent ces convulsions surviennent au début, quelquefois à la fin des éruptions. L'action du froid pourrait être également invoquée.]

§ III. — Symptômes.

Prodromes. — « L'enfant, dit Brachet, n'est pas encore malade, et déjà on le voit menacé ; son œil est plus vif et presque hagard ; son caractère devient plus impatient, plus colère, plus hargneux ; il cherche querelle à ses camarades ; tout le contrarie et le dépite ; son sommeil, beaucoup moins long et plus léger, est interrompu par des rêves effrayants qui le réveillent en sursaut, donnent à sa figure l'expression de la terreur et lui font pousser des cris d'effroi. Quelquefois l'insomnie est complète ; l'enfant dort à peine une heure dans les vingt-quatre heures ; d'autres fois il y a somnolence pendant le jour et insomnie pendant la nuit.

» Ces symptômes font des progrès : les yeux sont habituellement ouverts et fixes, ou bien ils ne se ferment qu'à moitié, et alors la prunelle se cache en haut, et la sclérotique paraît seule dans l'écartement des paupières ; le globe de l'œil, agité, semble rouler sur lui-même ; le visage change de couleur et se décompose d'un instant à l'autre ; la respiration devient inégale et même suspirieuse. Parfois l'enfant pousse des cris plaintifs, tantôt interrompus, tantôt continuels ; il tressaille fréquemment sans cause connue ou pour la cause la plus légère. Ces tressaillements sont plus fréquents et plus manifestes pendant le sommeil, et ils éveillent souvent l'enfant. Il y a des grincements de dents ; les bras commencent à se roidir, exécutent quelques mouvements brusques et involontaires ; les doigts s'écartent les uns des autres ; les pouces seuls se portent en dedans ; les mains se dirigent machinalement vers les narines et y produisent un frottement singulier. La contraction des angles des lèvres donne lieu au rire sardonique et au rire cynique. »

On aurait tort de croire que l'ensemble des prodromes qui viennent d'être énumérés se trouve dans tous les cas d'éclampsie observés chez des enfants. Brachet a fait pour cette maladie ce que l'on a fait pour tant d'autres ; il a réuni en un tableau tous les phénomènes précurseurs dont on peut observer un plus ou moins grand nombre dans les divers cas. Il est même quelques-uns de ces phénomènes qui ne

se montrent pas toujours, à beaucoup près, de la manière qui vient d'être indiquée : c'est ainsi que la plupart des observateurs ont remarqué qu'en même temps que le pouce est collé contre la paume de la main, les autres doigts sont fléchis sur lui, et qu'assez fréquemment une somnolence marquée est le symptôme précurseur le plus frappant. Enfin il n'est pas rare de voir survenir une attaque d'éclampsie sans qu'aucun phénomène un peu notable ait pu la faire prévoir. En pareil cas, l'état de l'enfant passe brusquement d'un calme souvent profond aux convulsions plus ou moins violentes qui caractérisent cette attaque.

Les seuls phénomènes précurseurs qui soient regardés comme importants par Ch. Ozanam, sont la fréquence du pouls survenue subitement, le ballonnement du ventre et la chaleur de la peau.

Éclampsie générale. — Lorsque l'enfant est pris de convulsions, le *regard*, qui était naturel, devient fixe ; l'*œil* exprime la terreur ; puis, rapidement, le globe oculaire devient agité de mouvements saccadés qui le dirigent en haut sous la paupière supérieure, beaucoup plus rarement en bas. Il redevient ensuite momentanément fixe, pour être bientôt entraîné, par des mouvements désordonnés, tantôt à droite, tantôt à gauche : le strabisme est alors des plus prononcés. Les *pupilles* sont tantôt dilatées, tantôt contractées ; et lorsque l'iris est entièrement voilé par la paupière supérieure, on n'aperçoit plus que le blanc de l'œil, et la face revêt un aspect caractéristique et effrayant.

En même temps les *muscles du visage* entrent en contraction ; la face est grimaçante ; les commissures, tirées en dehors par mouvements saccadés, produisent à chaque secousse un bruit particulier, résultat du passage de l'air dans l'espèce d'entonnoir que forme le coin de la bouche. Souvent des *mucosités mousseuses* ou *légèrement sanguinolentes* couvrent les lèvres d'une écume blanche ou rosée. La *lèvre supérieure*, tiraillée en haut, donne quelquefois à la bouche l'aspect de celle de certains rongeurs. La *mâchoire inférieure* est agitée du même mouvement ; d'autres fois il y a *trismus*, interrompu de temps à autre par des *grincements de dents*.

La *tête* est d'habitude fortement portée en arrière ; plus rarement elle se meut latéralement ou en rotation.

Les *doigts* sont fléchis sur la paume de la main avec roideur ; les *avant-bras*, ramenés sur les bras, sont incessamment agités par des mouvements saccadés de demi-flexion et de demi-extension ; d'autres fois l'articulation du *poignet* passe d'un instant à l'autre de la pronation à la supination. On voit aussi les membres supérieurs tortillés en divers sens d'une manière bizarre et inattendue.

On observe les mêmes symptômes aux *extrémités supérieures ;* mais ils sont en général moins prononcés.

Les *muscles du tronc* participent rarement aux contractions cloniques ; mais d'ordinaire le *torse est roide.* Lorsque les mouvements d'un côté du corps prédominent en intensité sur ceux du côté opposé, l'enfant est porté sur le bord de son lit, de façon que l'on est ordinairement obligé de l'y retenir pour éviter une chute.

La *contraction spasmodique du larynx* produit quelquefois un bruit tout spécial, lorsque l'air s'engouffre dans la poitrine à chaque respiration.

Lorsque les convulsions sont très-violentes, *les urines et les matières fécales sont rendues involontairement ;* mais ce symptôme est peu fréquent. La *déglutition*

est bien rarement impossible ; nous l'avons vue se faire chez des enfants atteints d'une crise d'une violence extrême.

L'*intelligence est presque toujours abolie* et la *sensibilité nulle ;* les autres sens sont souvent encore impressionnables. Ainsi nous avons vu des enfants témoigner du déplaisir lorsqu'on leur faisait sentir de l'ammoniaque ou d'autres odeurs un peu fortes.

Lorsque la convulsion est intense et qu'elle se prolonge, la *face* est violette, vultueuse, *couverte de sueur ;* la *chaleur de la tête est brûlante*, tandis que les *extrémités sont froides.* La *peau* est moite, le *pouls* très-accéléré et très-petit, difficile à compter, souvent effacé par les contractions musculaires et les soubresauts des tendons. La *respiration* est très-accélérée, bruyante, stertoreuse seulement dans le cas d'une haute gravité. (Rilliet et Barthez).

Eclampsie partielle. — Lorsque la convulsion est partielle, les mouvements sont bornés soit à une moitié du corps, soit à un seul membre, soit à une partie d'un membre, soit même à un seul muscle. Nous avons vu les *globes oculaires seuls* agités de mouvements convulsifs ; d'autres fois les *extrémités supérieures.*

De toutes les convulsions partielles, les plus fréquentes sont celles dans lesquelles on voit les mouvements convulsifs agiter en même temps *un ou plusieurs des muscles de la face et les extrémités supérieures.* Nous n'avons pas vu les extrémités inférieures entrer en convulsions indépendamment d'autres parties du corps.

Les phénomènes secondaires que nous avons signalés, tels que l'accélération du pouls et de la respiration, la congestion violacée de la face, l'écume à la bouche, n'existent pas dans les cas où les convulsions sont partielles, peu intenses ; tout au moins ils sont beaucoup moins tranchés. L'intelligence et la sensibilité peuvent être en partie conservées. (Rilliet et Barthez.)

On a signalé l'*asphyxie* comme une conséquence assez fréquente de l'éclampsie. A ce sujet, nous ne pourrons nous empêcher de rappeler ce que nous disions dans la première édition de cet ouvrage à propos de cette maladie à laquelle on a donné les noms d'*asthme thymique*, *asthme de Kopp*, *spasme de la glotte* (1). Une étude attentive des faits nous fit penser alors (1842) que cette prétendue espèce d'asthme n'était autre chose qu'une attaque d'éclampsie avec suffocation. Dans les cas présentés par les auteurs allemands et anglais comme des exemples d'asthme thymique ou de spasme de la glotte, il y avait des convulsions plus ou moins étendues des membres et même du tronc, et dans l'éclampsie la respiration est, comme on vient de le voir, fréquemment gênée, il y a souvent de la suffocation, et parfois une asphyxie complète. Or, les recherches faites régulièrement en France ont prouvé que cette manière de voir est complétement fondée. Trousseau (2) a cité des faits qui démontrent que l'asthme de Kopp est un accident de l'éclampsie, et Hérard (3), tout en conservant à la maladie le nom de spasme de la glotte, a mis hors de doute ce fait, que les accidents qui constituent ce spasme appartiennent à la maladie dont nous nous occupons ici.

(1) Voy. tome II, art. SPASME DE LA GLOTTE, p. 471.

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édition. Paris, 1865, t. II, p. 128 et 129.

(3) Hérard, *Du spasme de la glotte*, thèse. Paris, janvier 1847.

Cependant C. Ozanam (1) ne partage pas cette opinion. Il se fonde d'abord sur ce que les convulsions qui accompagnent le spasme de la glotte sont quelquefois compliquées de contracture des extrémités. Mais ces contractions n'ont pas l'importance qu'il leur donne, car elles nous paraissent avoir été exagérées dans la description qu'en ont présentée les auteurs allemands. Il donne comme signes différentiels précisément les symptômes du spasme de la glotte : suffocation, sifflement du larynx, etc. ; mais c'est poser en fait ce qui est en question. Nous disons en effet : si la convulsion éclamptique envahit le larynx, il y a spasme de la glotte. Il faudrait prouver que la convulsion n'est pas éclamptique. Dans des cas d'éclampsie non douteuse, Rilliet et Barthez ont noté des phénomènes analogues du côté de la respiration. On peut donc persister dans l'interprétation des faits telle que nous l'avons donnée.

Dans un certain nombre de cas, les convulsions générales prédominent et le trouble de la respiration n'est pas porté jusqu'à une suffocation complète : c'est l'*éclampsie générale proprement dite*. Dans d'autres, un ou plusieurs membres sont seuls atteints de convulsions : c'est l'*éclampsie partielle proprement dite*. Dans quelques-uns, aux convulsions des membres et du tronc se joint une suffocation qui peut aller jusqu'à l'asphyxie ; c'est la forme de l'asthme de Kopp ou du spasme de la glotte qui est la plus ordinaire, c'est l'*éclampsie avec suffocation*, comme nous avons proposé de l'appeler. Dans certains cas, la convulsion n'occupe que le larynx et l'isthme du gosier, c'est une *forme d'éclampsie partielle*, forme rare qu'on a particulièrement envisagée quand on a décrit l'*asthme thymique* et le *spasme de la glotte ;* c'est la première forme admise par Hérard. En pareil cas, les convulsions restent bornées à la partie supérieure des voies respiratoires, comme dans d'autres elles sont bornées aux extrémités ou à un seul membre ; et si l'on n'a pas le droit de faire une maladie particulière de ces derniers cas, pourquoi aurait-on celui de séparer le spasme de la glotte de l'éclampsie, à laquelle il appartient évidemment ? D'autres fois c'est la convulsion du diaphragme qui cause la suffocation, et c'est la seconde forme reconnue par Hérard.

Ces maladies particulières, bizarres, qu'on observe dans un pays et non dans l'autre, rentrent parfaitement dans les faits connus.

Lorsque la suffocation est poussée jusqu'à l'asphyxie, on reconnaît facilement la contraction spasmodique du larynx ; les mouvements respiratoires deviennent irréguliers, il y a de l'écume à la bouche, puis les inspirations s'accélèrent, deviennent entrecoupées, incomplètes ; la face est livide, la peau du reste du corps est violacée, le pouls est petit et fréquent ; les extrémités se refroidissent, et si cet état persiste, le malade succombe. Tous ces phénomènes doivent être considérés comme le résultat du spasme de la glotte, des muscles inspirateurs et du diaphragme.

Les autres symptômes sont accidentels. Mentionnons des douleurs souvent aiguës qui résulteraient, selon Brachet, du tiraillement des filets nerveux ; des ecchymoses qui peuvent être produites par les contusions que se fait le malade pendant les convulsions, ou par l'extravasation du sang dans le tissu cellulaire sous-cutané, conséquence de la stase de ce liquide, lorsque la respiration est très-embarrassée ;

(1) C. Ozanam, *loc. cit.*, p. 175.

la rupture des tendons, la courbure anormale des os, les fractures, les luxations qui résultent de la contraction exagérée des muscles convulsés. Il faut y joindre les diverses paralysies, les atrophies musculaires, les arrêts de développement qui résultent des lésions du cerveau ou des méninges, produites par les hémorrhagies, et que C. Ozanam a signalées comme conséquence de la maladie.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

C'est une question de savoir si l'on peut regarder comme une éclampsie des attaques multipliées qui surviennent à des époques plus ou moins rapprochées. Barthez et Rilliet pensent, avec Baumes (1), que, lorsqu'il y a plusieurs attaques à certains intervalles, il s'agit d'une épilepsie : « Nous ne voyons, en effet, disent ces auteurs, d'autre dissemblance entre l'épilepsie et les convulsions violentes, que le retour des accès ; car, lorsque l'éclampsie est intense, les symptômes de l'attaque, pris un à un ou envisagés dans leur ensemble, sont identiques avec ceux de l'accès épileptique. » Si cette manière de résoudre la question était parfaitement juste, on ne voit pas pourquoi on séparerait de l'épilepsie l'attaque d'éclampsie, même lorsqu'elle est unique. Ce jugement de Barthez et Rilliet est trop absolu. Il est ordinaire de voir l'éclampsie se produire une seule fois ; mais les faits ne manquent pas dans lesquels le même enfant, à des époques plus ou moins éloignées, a été pris de convulsions essentielles, deux, trois et même quatre fois, pour n'en plus présenter ensuite, ce qui porte à croire qu'il ne s'agissait pas d'une épilepsie véritable.

Dans les cas les plus fréquents, il n'y a qu'une seule attaque d'éclampsie. Dans ceux où il y en a plusieurs, les intervalles sont ordinairement si grands, on voit les convulsions se déclarer sous des influences si diverses, qu'on ne peut pas regarder ces attaques comme faisant partie de la même affection, mais seulement comme étant des atteintes répétées du même mal.

Marche des attaques. — Il est rare qu'une attaque se compose d'un seul accès. Lorsqu'il en est ainsi, on voit l'enfant contracter, contourner ses membres, se roidir, tourner ses yeux dans leur orbite, puis souvent revenir à son état primitif au bout de très-peu de temps. Quelquefois, néanmoins, dans ces attaques si courtes, on observe le trouble de la respiration signalé plus haut. Presque toujours, au contraire, il y a plusieurs accès qui forment une attaque. Les convulsions se manifestent, puis l'enfant rentre dans le repos. Une contrariété, la douleur, l'action de boire, provoquent souvent ces accès qui se produisent plus souvent encore sans cause connue. Ces accès peuvent avoir lieu plusieurs fois en un quart d'heure, et quelquefois rester plus d'une heure sans se montrer. Ils sont, dans quelques cas, très-multipliés. Ordinairement fréquents au début, ils vont ensuite en diminuant à la fois de durée et de fréquence. Dans les intervalles, les enfants sont plus ou moins bien, suivant la cause à laquelle on peut attribuer les convulsions. Il est des cas où l'on a vu les convulsions plus ou moins violentes se prolonger pendant des heures entières, toutefois avec des rémissions, car autrement les enfants ne tarderaient pas à succomber, surtout lorsque la respiration est très-embarrassée pendant les convulsions.

(1) Baumes, *Traité des convulsions dans l'enfance*. Paris, 1805, p. 432.

La *durée* d'une attaque est extrêmement variable; nous l'avons vue se prolonger de cinq minutes à douze heures. Les auteurs affirment que certaines attaques peuvent persister pendant plusieurs jours.

La *terminaison* a lieu par la guérison plus fréquemment qu'on ne le croit, lorsque l'affection est idiopathique. La grande terreur qu'inspirent les convulsions en général vient de ce qu'on n'a ordinairement pas distingué les cas. Les convulsions symptomatiques d'une affection cérébrale sont des plus graves; celles qui sont sympathiques ont une terminaison moins fréquemment fatale. Les convulsions dont il est principalement question dans cet article sont celles qui se terminent le moins fréquemment par la mort. Lorsque la convulsion idiopathique est partielle, la terminaison est ordinairement heureuse, à moins qu'il ne s'agisse du spasme de la glotte, dans lequel la maladie se termine par asphyxie.

§ V. — Lésions anatomiques.

Les *lésions anatomiques* sont le plus souvent très-légères, et toujours très-variables. Ordinairement elles sont le résultat de la convulsion (injection des méninges, du cerveau, etc., résultant de la stase du sang dans l'asphyxie; ecchymoses, etc., etc.); et lorsqu'on ne peut pas les regarder comme telles, elles ont produit l'éclampsie sympathiquement.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

L'éclampsie se distingue avec la plus grande facilité de toutes les autres affections, sauf l'épilepsie.

Il y a, sans aucun doute, des cas dans lesquels les symptômes se rapprochent de l'épilepsie au point qu'une confusion entre les deux maladies est presque inévitable; mais on s'est beaucoup exagéré le nombre de ces cas. Presque toujours l'éclampsie a des caractères différents de l'épilepsie; les médecins qui ont l'habitude d'observer les maladies des enfants ne s'y trompent pas, et n'ont pas besoin, pour repousser l'existence d'une épilepsie, qu'il se soit écoulé un long temps pendant lequel l'attaque ne s'est pas reproduite. Dans l'épilepsie, les prodromes sont plus fréquents, il y a souvent une *aura*, le début est plus subit. Dans l'éclampsie, les convulsions consistent particulièrement dans une violente torsion des membres, tandis que dans l'épilepsie ce sont des secousses rapides; l'attaque, dans cette dernière affection, a, si l'on peut s'exprimer ainsi, une marche continue, c'est-à-dire que, excepté dans des cas exceptionnels dont nous parlerons plus tard, qui ont eux-mêmes une physionomie propre, on voit l'épileptique tomber, présenter des convulsions, puis revenir à lui plus ou moins promptement et plus ou moins complétement, et que, comme dans les cas graves d'éclampsie, on ne voit pas une convulsion, puis un intervalle de calme, puis une convulsion, et ainsi de suite, jusqu'à ce que l'attaque se termine. Ceux qui ne présentent pour tout symptôme que des convulsions bornées à un membre ou un peu de strabisme, ceux qui appartiennent à l'éclampsie partielle, en un mot, ne peuvent pas être confondus avec l'épilepsie. Dans l'épilepsie, la bouche est écumeuse, la face violacée, la respiration d'abord suspendue, puis stertoreuse; le pouls est lent, la sensibilité et la connaissance sont abolies. Dans l'éclampsie, il y a bien rarement de l'écume à la bouche, la face est pâle ou seulement congestionnée, la res-

piration est rapide, parfois sifflante, ordinairement sanglotante ; le pouls est rapide. la sensibilité et la connaissance ne sont perdues que dans les attaques très-violentes, encore ne le sont-elles qu'un certain temps après le début de l'attaque, tandis que dans l'épilepsie, c'est immédiatement qu'elles sont abolies. C'est là un signe différentiel très-important.

Reste à savoir si l'éclampsie est essentielle, sympathique ou symptomatique. L'étude des antécédents, l'âge du malade, les symptômes qu'il présente du côté des organes nerveux ou autres, feront reconnaître de quelle affection elle est sympathique ou symptomatique.

Il est souvent plus difficile de dire si l'éclampsie est réellement essentielle ; on peut croire à l'existence d'une affection des centres nerveux ou d'une maladie occupant un organe éloigné dont les symptômes ne seraient pas évidents. L'état de santé dans lequel était l'enfant au moment de l'invasion, et l'examen de tous les appareils et de toutes les fonctions, serviront à établir le diagnostic.

Pronostic. — Le pronostic est très-différent, suivant que l'éclampsie est essentielle, sympathique ou symptomatique. L'éclampsie essentielle est la moins grave de toutes. Est-elle partielle, on a tout lieu de croire qu'elle n'aura aucune suite fâcheuse ; il faut néanmoins, on le pense bien, faire une exception pour l'éclampsie caractérisée principalement par le spasme de la glotte, ce spasme entraînant souvent une asphyxie mortelle. Si elle est générale, elle est plus grave, et le pronostic doit s'établir sur l'intensité des symptômes.

§ VII. — Traitement.

Émissions sanguines. — Réserver les émissions sanguines pour certains cas déterminés. Ainsi : 1° lorsque la convulsion est primitive, l'enfant robuste, les symptômes convulsifs portés à un haut degré, la face violette, le pouls petit, l'asphyxie ou le coma imminents ; 2° lorsque la convulsion sympathique offrant la même intensité survient au début d'une affection inflammatoire ;... 3° enfin on doit les mettre en usage lorsque la convulsion sympathique se développe dans la convalescence d'une maladie aiguë, chez des sujets peu débilités, ou dans le cours d'une névrose. (Rilliet et Barthez.)

Compression des carotides. — Lorsque les convulsions surviennent chez un enfant dont les fontanelles ne sont pas encore ossifiées, pratiquer la *compression du crâne* à l'aide d'une bande de calicot suffisamment serrée pour exercer une douce pression (Grantham) (1). L'auteur ne cite qu'un cas en faveur de ce moyen.

Vomitifs, purgatifs. — Rilliet et Barthez restreignent l'emploi de ce moyen au cas où la maladie est due à une indigestion. Dans ces cas, l'action des vomitifs est des plus favorables, ainsi que le prouvent beaucoup d'exemples, et entre autres ceux qu'ont mentionnés Guersant et Blache. Dans les autres circonstances, les vomitifs ne paraissent pas avoir un grand succès ; si l'on réserve aux cas d'éclampsie par indigestion l'administration des vomitifs, on doit, avec Rilliet et Barthez, donner la préférence au tartre stibié, qui débarrasse le plus promptement les voies

(1) Grantham, *Bulletin général de thérapeutique*, 1837.

digestives. On le donne, suivant l'âge, à la dose de 2, 3 à 5 centigrammes dans une cuillerée d'eau ou de tisane. Chez les très-jeunes enfants, on se contente de l'administration de quelques cuillerées à bouche de *sirop d'ipécacuanha.*

Purgatifs. — On a presque toujours donné le *calomel* à dose altérante : 2 ou 3 centigrammes toutes les deux heures ou toutes les heures. Malgré l'autorité de Clarke, de Gœlis (1), de Neumann, etc., l'efficacité de ce moyen est loin d'être parfaitement démontrée, et l'on sait quels accidents il peut produire. Lorsque l'on veut prescrire le calomel à dose purgative, on doit en donner de 10 à 25 centigrammes chez les jeunes enfants ; chez ceux qui ont plus de dix ans, on peut aller jusqu'à 30 et 40. Barthez et Rilliet conseillent le mélange suivant :

℞ Calomel...........	15 centigr.	Racine de jalap pulvérisée.	30 centigr.

A prendre en une fois dans une cuillerée de tisane.

Prescrire *une goutte d'huile de croton*, si le calomel ne peut être pris et si l'indication paraît très-pressante ; souvent on en est réduit à n'administrer que des *lavements purgatifs.*

Narcotiques. — Un cas de convulsions chez un enfant, traité en vain par beaucoup d'autres moyens, ne céda qu'après l'emploi de l'*opium*, de la *belladone* et de la *jusquiame noire* (Haen) (2).

Les cas dans lesquels ce remède agit le mieux sont ceux où la maladie reconnaît pour cause une douleur violente quelconque. Chez les très-jeunes enfants, il faut se contenter de donner le *sirop de pavot blanc* par demi-cuillerée ou par cuillerée à café, de deux en deux heures ou à des intervalles plus éloignés, et de surveiller l'effet de ce médicament. Chez les enfants plus âgés, la dose de ce sirop sera augmentée, ou bien on prescrira l'*extrait d'opium dans une potion ordinaire.* C'est, en un mot, au médecin à graduer l'énergie de ce moyen suivant l'intensité de la maladie, l'âge et les forces du malade. Dans tous les cas, agir avec prudence et éviter de dépasser les limites, car il est des enfants chez lesquels le narcotisme se produit très-facilement.

Brachet recommande la *morphine* et ses préparations. Ce médicament peut être employé, mais avec beaucoup de prudence. Donner une ou plusieurs cuillerées à café de sirop d'*acétate de morphine*, en en surveillant attentivement les effets.

La *belladone* doit être administrée comme dans la *coqueluche* (3).

Quant à la *jusquiame noire*, elle fait partie d'une formule recommandée par Brachet, et dans laquelle entre l'oxyde de zinc (voy. plus loin).

Antispasmodiques. — C'est Gobius qui, le premier, a vanté les bons effets de l'*oxyde de zinc*, prescrit ensuite par la plupart des médecins qui se sont occupés des maladies de l'enfance.

Formule de Guersant.

℞ Extrait de jusquiame noire.	20 centigr.	Oxyde de zinc	10 centigr.

Divisez en douze doses égales, dont on fait prendre une toutes les deux heures.

(1) Gœlis, *Gazette médicale de Paris*, 1835.
(2) De Haen, *Ratio medendi*, t. II, p. 294.
(3) Voy. tome II, art. COQUELUCHE.

On peut augmenter un peu la quantité de ces deux médicaments : ainsi prescrire 15 centigrammes d'oxyde de zinc unis à 30 centigrammes de jusquiame ; Brachet recommande de ne pas dépasser la dose de 50 centigrammes de l'une et de l'autre de ces substances.

Zangerl (1) donnait l'*oxyde de zinc* seul à la dose de 1 à 3 centigrammes toutes les deux heures.

John Mason Good préférait le *sulfate de zinc* à l'oxyde, et le prescrivait de la manière suivante :

♃ Sulfate de zinc.......... 15 centigr. | Émulsion d'amandes amères.. 100 gram.

A prendre en trois fois dans la journée.

Hanke prescrivait l'*hydrochlorate de zinc.* Il faudrait des faits plus précis que ceux que nous connaissons pour dire auquel de ces médicaments on doit donner la préférence.

Joerg (2) recommande particulièrement le *musc*, qu'il administre ainsi qu'il suit :

♃ Infusion de mélisse....... 120 gram. | Musc .... 15 à 20 centigr.

A prendre par cuillerée toutes les deux ou trois heures.

Kretschmar (3) employait le *camphre* uni à l'éther sulfurique, ainsi qu'il suit :

♃ Camphre .... 50 centigr. | Éther sulfurique.............. 8 gram.

Dose : une, deux ou trois gouttes tous les quarts d'heure, suivant l'âge.

Nous pourrions mentionner encore le *succinate d'ammóniaque*, recommandé par Gœlis ; l'*asa fœtida*, le *castoréum*, etc.

L'*acide prussique* est un médicament maintes fois conseillé ; le docteur Heller l'a principalement mis en usage dans l'éclampsie des enfants ; mais c'est une substance dangereuse, qu'il ne faut employer qu'avec beaucoup de précaution. On peut prescrire la potion suivante :

♃ Acide prussique de Robiquet. } aa 2 gram. | Eau de fleur d'oranger......... 2 gram.
Alcool .... }

Mêlez. Dose : de deux à trois gouttes, trois fois par jour, et quatre gouttes pour les enfants un peu âgés.

Toniques, ferrugineux. — Lorsque l'on peut attribuer l'éclampsie à une débilitation générale, à une anémie évidente, administrer des toniques tels que le quinquina en particulier, et surtout des préparations ferrugineuses. Mais les toniques et les ferrugineux ne peuvent pas être considérés comme des moyens qui doivent être dirigés contre les attaques elles-mêmes. Il faut alors une médication active, et qui ne demande pas un temps trop long pour produire son effet. Les toniques et les ferrugineux ne doivent donc être considérés que comme moyens propres à raffermir la constitution et à prévenir de nouvelles attaques d'éclampsie.

(1) Zangerl, *Ueber die Convulsion in Akindlisch. Alter*. Wien, 1834.
(2) Joerg, *Kinderkrankheiten*, p. 297.
(3) Kretschmar, *Horn's Archiv für mediz. Erfahrung*, 1801.

Moyens divers. — Le *carbonate de potasse* a été recommandé particulièrement par Hamilton, et administré comme il suit :

℞ Sous-carbonate de potasse... 4 gram. | Eau distillée .... 90 gram.

Dose : de dix à quarante gouttes dans la journée.

On a prescrit la *poudre de feuilles d'oranger*, vantée par de Haen ; l'*armoise*, à laquelle plusieurs auteurs allemands accordent beaucoup de confiance, et que Biermann (1) prescrit à la dose de 3 à 5 centigrammes d'heure en heure d'abord, puis de 10 centigrammes aux mêmes intervalles ; la *digitale*, le *phosphore*, le *sulfure de potasse*, l'*acétate de plomb*, la *noix vomique*, l'*acupuncture*, etc.

Excitants. — On donne soit la *teinture de cannelle* ou de *gingembre*, soit l'*alcali volatil*, comme le proposait Chambon (2). Ces teintures doivent être données à la *dose de cinq à dix gouttes, et plus*, suivant l'âge des enfants. Quant à l'*ammoniaque*, Chambon l'unissait au *laudanum*, et la prescrivait à la dose de quatre à huit gouttes dans une potion.

On peut faire inspirer, à l'aide de linges imbibés qu'on place sous les narines, des substances à odeur forte, comme l'*acide acétique*, l'*ammoniaque*, l'*éther*, surtout lorsque la perte de connaissance se prolonge.

Chloroforme. —Simpson (d'Édimbourg) s'est servi avec succès du *chloroforme* chez un enfant de dix jours, qu'il tint pendant plus de vingt-quatre heures sous l'influence de cet agent anesthésique, en versant de temps en temps sur un mouchoir une petite quantité de ce liquide et en le lui approchant de la face. Après cette longue éthérisation, les accès de convulsions disparurent complétement (3).

Application du froid. — Soit à l'aide de *compresses froides sur la tête*, ou à l'aide d'*affusions froides.* Tout le monde a cité un cas rapporté par le docteur John Mason Good (4), et dans lequel ce médecin réussit à faire cesser une attaque d'éclampsie en prenant l'enfant tout nu dans ses bras, et en l'exposant à l'air frais par une fenêtre ouverte.

L'application du froid demande de la prudence, s'il est vrai, comme nous l'établissons dans le résumé du traitement, que les indications varient beaucoup suivant les cas.

Les *irritants cutanés*, les *frictions excitantes*, les *vésicatoires*, les *sinapismes* promenés sur les jambes, sur la partie postérieure du tronc, sur la tête, ont été prodigués dans cette maladie. C'est un abus. Il y a tant de cas où ces moyens eux-mêmes produisent une grande excitation, et même des convulsions chez les enfants, qu'on ne doit pas se hâter d'y recourir. Quant à la *pommade d'Autenrieth*, dont l'application est très-douloureuse, aux *sétons*, aux *cautères*, aux *moxas*, leur efficacité n'est nullement démontrée ; ils occasionnent une douleur qui, par elle-même, est une cause de convulsions, et plus tard produisent des cicatrices difformes.

[Trousseau, qui s'élève contre l'application des révulsifs cutanés, et en particulier contre les vésicatoires, signale leur réelle efficacité lorsqu'on a affaire à ces convul-

(1) Biermann, *Hufeland's Journal*, 1834.
(2) Chambon, *Des maladies des enfants*. Paris, an VII, t. I.
(3) Simpson, *Journal des connaiss. méd.-chirurg.*, 1er juillet 1852.
(4) John Mason Good, *The Study of medicine*. London, 1822.

sions *internes* qui, prenant le diaphragme, le cœur lui-même, restent toniques et se prolongent au point de déterminer l'asphyxie ou la syncope (1).]

Résumé. — Rechercher avec soin quelle est la cause de l'éclampsie, afin d'agir en conséquence. Ce précepte s'applique principalement à l'éclampsie sympathique et à l'éclampsie symptomatique. S'il s'agit de convulsions survenues dans le cours d'une affection cérébrale, ce n'est pas à des antispasmodiques, mais à des moyens propres à combattre l'affection première qu'il faut avoir recours.

Dans l'éclampsie essentielle, rechercher avec le plus grand soin s'il n'y a pas une *cause mécanique* aux convulsions souvent très-effrayantes pour lesquelles on est appelé. Ainsi rechercher si l'enfant n'est pas trop serré dans ses langes, dans ses bandages; s'il n'est pas piqué par une épingle; s'il n'a pas sur la surface du corps une petite écorchure, une petite plaie inaperçue; en un mot, si une partie de son corps n'est pas incessamment le siége d'une douleur ou d'une gêne plus ou moins vive. En enlevant la cause, on enlève l'effet dans ces cas simples. Il en est de même de la température de la chambre, du défaut d'air. Guersant et Blache ont vu disparaître promptement une attaque d'éclampsie chez un jeune enfant couché dans une chambre basse fortement chauffée, rien qu'en le transportant dans une pièce plus vaste, et où la température était moins élevée.

Précautions générales. — Débarrasser promptement les enfants des langes ou des vêtements qui les serrent.

Enlever tout ce qui peut les blesser ou leur causer une douleur vive.

Éloigner toute cause d'irritation morale.

Soustraire le petit malade à une température trop élevée.

Si la pièce où il est placé est trop petite, établir une ventilation suffisante, ou mieux le transporter dans une chambre plus vaste.

Combattre l'indigestion, la constipation, ou toute autre cause semblable à laquelle on pourrait rapporter la maladie.

Traitement prophylactique. — L'éloignement des causes capables de donner lieu à l'éclampsie se trouve au premier rang des agents prophylactiques. Un *régime* doux, léger, tempérant, l'usage fréquent des *bains tièdes* ou *frais*, rendus plus efficaces en faisant en même temps des *aspersions froides sur la tête*, quelques prises de *calomel*, seul ou associé à l'*oxyde de zinc* et à la *valériane*, un *exutoire* placé au bras ou à la nuque. Des attaques d'*éclampsie chronique* se sont éloignées peu à peu et ont même disparu complétement.

Essayer aussi contre celles qui sont le plus rebelles, et qui se rapprochent en quelque sorte de l'épilepsie, l'administration de la *térébenthine* à l'intérieur, dont Foville a retiré des avantages marqués dans le traitement de cette dernière affection. (Guersant et Blache.)

Résumé du traitement. — *Traitement curatif :* Émissions sanguines; compression des carotides; compression du crâne; vomitifs, purgatifs; narcotiques; antispasmodiques; acide prussique; toniques; ferrugineux; moyens divers (carbonate de potasse, armoise, digitale, etc.); excitants; chloroforme; application du froid; irritants cutanés.

Traitement prophylactique : Régime; bains; exutoires, etc.

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit. Paris, 1865, t. II, p. 137.

2° ÉCLAMPSIE DES FEMMES ENCEINTES OU EN COUCHES.

[L'éclampsie des femmes enceintes ou en couches a longtemps été considérée comme une maladie essentielle ou idiopathique. Les auteurs qui ont précédé ce siècle l'attribuaient soit aux émotions morales et à l'irritabilité développée par l'état de gestation, soit à la pléthore ou aux douleurs de l'enfantement. Les causes les plus multiples et les moins prouvées étaient invoquées, lorsque l'attention des médecins se porta vers un phénomène qui accompagne et précède le plus souvent l'éclampsie, l'anasarque avec albuminurie. La découverte de Bright, suivie de la publication du *Traité des maladies des reins* par Rayer, ouvrit une nouvelle voie aux recherches. D'après les médecins anglais, l'honneur d'avoir rapporté positivement l'éclampsie à l'albuminurie reviendrait à Lever (1843), lequel, dans quatorze cas de convulsions puerpérales, constata treize fois l'albuminurie, bien que ce fait eût été signalé par les docteurs Blackall et Tweedie antérieurement.

Depuis cette époque, des travaux nombreux ont été publiés sur cette question, en France, par Cahen et Delpech (1846), Devilliers et Regnauld (1848), Blot (1849) (1). Il convient de signaler aussi les mémoires de Simpson (1852) et Brown (1853), et le rapport de Depaul à l'Académie de médecine en 1854 (2).

Tous ces travaux aboutissent à un même résultat, qui est de montrer l'extrême fréquence de l'albuminurie chez les femmes atteintes d'éclampsie, d'où la conclusion que les convulsions sont le résultat de l'albuminurie.

Imbert-Gourbeyre rattache absolument l'éclampsie à la maladie de Bright (3). Cette opinion est appuyée sur un très-grand nombre de faits et sur des raisonnements si concluants, que l'on ne saurait se refuser à l'admettre comme représentant exactement l'état de la science sur ce sujet à notre époque. « Aujourd'hui, dit Imbert-Gourbeyre, il n'est plus possible de nier les rapports de l'éclampsie avec l'albuminurie ou le mal de Bright. D'après l'ensemble des faits, la véritable éclampsie n'est que le mal de Bright puerpéral, dans lequel il survient des convulsions ; c'est la maladie de Bright survenant dans la grossesse, et y apparaissant avec prédominance d'une forme particulière d'accidents cérébraux, qui est l'éclampsie : cela est prouvé par la symptomatologie, par la marche, la terminaison, le pronostic, et par les lésions anatomiques. »

Nous devons donc renvoyer le lecteur à l'article MALADIE DE BRIGHT pour la description de la maladie connue sous le nom d'*éclampsie des femmes grosses.*]

ARTICLE III.

ÉPILEPSIE.

Tout le monde connaît les passages d'Hippocrate qui se rapportent à cette maladie, et ce serait un luxe d'érudition inutile que de mentionner même les principaux

(1) H. Blot, thèse sur l'*albuminurie des femmes enceintes.*

(2) Depaul, *Convulsions des femmes enceintes* (*Bulletin de l'Académie de médecine*, t. XIX, p. 266).

(3) Imbert-Gourbeyre, *De l'albuminurie puerpérale et de ses rapports avec l'éclampsie*, mémoire couronné (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Paris, 1856, t. XX).

parmi les nombreux auteurs qui nous ont donné des descriptions de cette névrose. Nous nous contenterons, après avoir cité Arétée, Cælius Aurelianus, Morgagni et Van-Swieten, de signaler les travaux modernes d'Esquirol (1), Foville (2), Georget (3), Calmeil (4), Bouchet et Cazauvieilh (5), Beau, Leuret, Herpin de Genève (6), Delasiauve (7), [Falret (8), Marcé (9), Trousseau (10)]. Beau (11) et Moreau (12) ont étudié, à l'aide d'un grand nombre de faits bien analysés, la symptomatologie et l'étiologie de cette affection. [Foville fils (13), résumant les découvertes physiologiques modernes, a proposé une théorie nouvelle de l'accès d'épilepsie]. Leuret (14) n'a traité que des causes prédisposantes, des causes réelles et de la marche de la maladie. Herpin s'est surtout occupé du pronostic et du traitement. [Morel (de Saint-Yon) a cherché à établir les rapports de l'épilepsie avec les autres névroses, avec certaines dispositions constitutionnelles, et a donné dans ses *Études cliniques* d'intéressantes observations (15)].

On distingue une épilepsie *idiopathique* et une épilepsie *symptomatique*. Dans un grand nombre de cas, les attaques d'épilepsie ne reconnaissent aucune cause organique appréciable. Dans certaines affections chroniques du cerveau et de la moelle (16), ces attaques sont un symptôme évident de la maladie. Nous dirons, dans les articles qui viennent d'être rappelés, ce qu'il importe de savoir relativement à l'épilepsie symptomatique.

On a admis une épilepsie *sympathique* d'une affection étrangère au cerveau. C'est une question purement étiologique.

[L'épilepsie est à elle seule une maladie, ont dit Trousseau et Pidoux. Ce mot fait naître tout à la fois à l'esprit : 1° l'idée d'une modification particulière de l'innervation cérébro-rachidienne, modification grave, profonde, essentiellement chronique et réfractaire, finissant par imprimer aux fonctions, par le trouble intermittent desquelles elle s'annonce, des altérations permanentes et qui oblitèrent toutes les attributions du système nerveux de la vie animale ; 2° l'idée d'une forme convulsive et apoplectique revenant par accès plus ou moins rapprochés : voilà l'épilepsie,

(1) Esquirol, *Traité des maladies mentales*. Paris, 1838, t. I, p. 274.
(2) Foville, *Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques*, art. ÉPILEPSIE, t. VII, p. 415.
(3) Georget, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, art. ÉPILEPSIE, t. XII, p. 172.
(4) Calmeil, *De l'épilepsie sous le rapport de son siége*. Paris, 1824.
(5) Bouchet et Cazauvieilh, *De l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale* (*Archives gén. de méd.*, Paris, 1825, t. IX, p. 410, t. X, p. 5).
(6) Herpin, *Du pronostic et du traitement de l'épilepsie*. Paris, 1852.
(7) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*. Paris, 1854.
(8) Jules Falret, *De l'état mental des épileptiques* (*Arch. gén. de médecine*, décembre 1860 et suiv.).
(9) Marcé, *Traité pratique des maladies mentales*. Paris, 1862, p. 521 et suiv..
(10) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit. Paris, 1865, t. II.
(11) Beau, *Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie* (*Archives gén. de méd.*, t. II, 2e série).
(12) Moreau, *De l'étiologie de l'épilepsie* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1853, t. XVIII, p. 1 et suiv.).
(13) A. Foville, *Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie*, thèse inaugurale. Paris, 1857, n° 292.
(14) Leuret, *Recherches sur l'épilepsie* (*Archives générales de médecine*, 4e série, 1845, t. II, p. 32).
(15) Morel, *Études cliniques*. Nancy, 1853, t. II.
(16) Voyez notamment tome II, TUBERCULES DU CERVEAU.

l'épilepsie presque toujours incurable, l'épilepsie essentielle, idiopathique, le véritable *morbus sacer*.]

Dans la description des symptômes, nous aurons à tenir compte de deux *formes* très-distinctes de l'épilepsie, c'est-à-dire des *attaques convulsives* et des simples *vertiges*.

§ I. — Définition, synonymie.

L'épilepsie est une maladie nerveuse et apyrétique, caractérisée soit par des *attaques brusques* revenant à des intervalles variables et dont les symptômes sont une perte subite de connaissance, des convulsions et une gêne notable de la respiration, soit par des *vertiges* de plus ou moins longue durée. Les autres symptômes n'ont plus la même importance.

Nous signalerons les dénominations suivantes comme les principales : *Morbus sacer*, *divinus morbus*, *morbus major*, *morbus herculeus*, *heracleus*, *lunaticus*, *astralis*, *sidereus*, *scelestus*, *puerilis*, *insputatus*, *epilepticus*, *epilempticus*, *analepsia*, *apoplexia parva*; *mal caduc*, *haut mal*. Aujourd'hui le nom d'*épilepsie* est universellement admis.

La fréquence de cette affection est bien connue. Il n'est pas d'hospice consacré aux maladies mentales qui ne renferme un nombre considérable d'épileptiques.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes*. — *Age*. — Nous n'avons pas de renseignements précis sur la fréquence de l'épilepsie aux premiers âges de la vie, ce qui tient à ce que Leuret et les auteurs cités ont observé à Bicêtre et à la Salpêtrière, où l'on ne reçoit pas les très-jeunes enfants. Il résulte de la fréquence du début de la maladie à un très-jeune âge chez les sujets qu'ils ont observés, que dans les premières années de l'existence, elle doit se montrer plus souvent qu'on ne le pense généralement. L'âge qui a fourni le plus de malades à Leuret est celui de dix à quatorze ans ; les années suivantes, jusqu'à vingt-quatre ans, sont un peu moins chargées, et après cette époque de la vie, le nombre des invasions est excessivement restreint. L'*adolescence*, dit Leuret, est donc une cause prédisposante de l'épilepsie, et il en est de même de la première enfance. Beau et Herpin (1) sont arrivés à des résultats semblables.

[Toutes les statistiques relatives à l'époque de la vie où l'épilepsie a débuté diffèrent assez peu entre elles ; en les réunissant et en groupant les chiffres dont elles se composent, on a pour résumés principaux, sur un total de 995 malades :

Épileptiques de naissance	87
Le sont devenus dans l'enfance	25
— de 2 à 10 ans	281
— de 10 à 20 ans	364
— de 20 à 30 ans	111
— de 30 à 40 ans	868
— de 40 à 50 ans	51
— de 50 à 60 ans	13
— de 60 à 70 ans	4

(1) Moreau (de Tours), *De l'étiologie de l'épilepsie et des indications que l'étude des causes peut fournir pour le traitement de cette maladie* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1853, t. XVIII).

L'âge le plus favorable au développement de l'épilepsie est de dix à vingt ans. Vient en seconde ligne la période de la vie comprise entre les deux premières années et la dixième ; en troisième ligne celle de vingt à trente. (Moreau, de Tours.)

Delasiauve a confirmé ces résultats en n'opérant que sur les entrées dans son service. — Il a trouvé, comme ses devanciers, un nombre plus considérable d'épilepsies survenues dans le période de dix à vingt ans, et de vingt à trente ans qu'à toute autre époque de la vie].

Sexe.—L'épilepsie est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Si J. Frank a trouvé le contraire, c'est qu'il n'a observé que sur un trop petit nombre de cas, comme l'ont démontré de nouveau les observations de Herpin, qui a trouvé « que les deux sexes, avant la puberté, sont placés sur la même ligne, mais qu'après quatorze ans, les femmes offrent à cette maladie une prédisposition bien plus marquée que les hommes, et cela dans un rapport qui ne s'éloigne pas beaucoup du double au simple. » [« Si le nombre des épileptiques a toujours été plus considérable à la Salpêtrière qu'à Bicêtre, cela tient uniquement à ce que l'épilepsie, comme toutes les affections nerveuses en général, atteint plus de femmes que d'hommes » (Moreau).]

Hérédité. — C'est une opinion généralement répandue que l'épilepsie est une affection héréditaire. Quelques auteurs modernes, parmi lesquels Leuret et [Delasiauve, ont mis en doute, non pas l'influence de cette cause, mais sa prédominance absolue. — Il est certain que si l'on ne relève que le nombre d'épileptiques nés de parents épileptiques, la proportion s'abaisse singulièrement. Tandis que Bouchet et Cazauvieilh donnent les chiffres de 31 sur 130 malades, la proportion s'abaisse à 1 sur 37 dans les recherches de Leuret ; elle s'élève à 72 sur 170 dans la statistique de Musset. Le désaccord entre ces chiffres est plus apparent que réel ; il est impossible de méconnaître l'influence des autres névroses sur la production de l'épilepsie. Herpin, sans s'expliquer catégoriquement sur cette question, admet cependant que l'on rencontre très-souvent chez les parents des épileptiques des affections nerveuses de toutes sortes, l'aliénation mentale souvent et un certain nombre de fois l'épilepsie. Moreau, de Tours, insiste surtout sur l'hérédité : « De toutes les causes de l'épilepsie, la plus grave, la plus féconde, celle dont l'action est certaine, inévitable, qui atteint l'immense majorité des épileptiques, nous allions dire tous les épileptiques, celle enfin qui renferme, pour ainsi dire, dans son sein le secret du mal que nous étudions, c'est l'*hérédité*, expression qui, à nos yeux, résume les conditions d'organisation, au double point de vue physiologique et pathologique, des parents ascendants et collatéraux, dans lesquels les fils puisent leur prédisposition. » (Moreau, de Tours.) L'auteur ne désigne pas seulement, comme cause prédisposante unique, l'épilepsie chez les parents ; il admet, comme causes héréditaires prédisposantes à l'épilepsie, tous les troubles, toutes les anomalies du système nerveux, tels que mouvements convulsifs des paupières, des lèvres, des différents muscles du visage (*tics*), le bégayement, certains vices de prononciation, et un certain nombre de maladies transformables par la voie de l'hérédité. Sur un nombre total de 124 malades, l'auteur a trouvé que l'épilepsie s'était rencontrée trente fois chez les parents, c'est-à-dire dans la proportion de 1 sur 48 trentièmes.

La folie s'est montrée dans la proportion d'un cinquième; l'hystérie compte pour un neuvième.

Musset donne les chiffres suivants sur 170 épileptiques :

Pères aliénés, chez	3
Mères épileptiques, chez	17
Parents aliénés, chez	27
Mères hystériques, chez	23
Mères choréiques, chez	2

Les paralysies et les apoplexies sont dans le même rapport ou à peu près.]

Constitution et tempérament. —Nous n'avons que des données fort incertaines : on a dit, il est vrai, qu'une constitution débilitée et le tempérament nerveux prédisposent fortement aux attaques d'épilepsie; mais ce ne sont pas là des résultats ressortant d'un nombre suffisant de faits. Voici, du reste, sur ce sujet, le relevé des faits observés par Herpin (de Genève) :

Constitutions rachitiques	2
Nés avant terme, très-chétifs	3
Constitution très-grêle	8
— ordinaire	39
Belle conformation	10
Absence d'indications	6
	68

Tempérament lymphatique	13
— nerveux	12
— lymphatique-nerveux	12
— nervoso-sanguin	12
— lymphatique-sanguin	6
— sanguin	4
— mixte	2
— non déterminé	7
	68

Professions. — Les ouvriers employés à la fabrication du blanc de céruse et les broyeurs de couleurs sont sujets à une épilepsie à laquelle on a, par cette raison, donné le nom d'*épilepsie saturnine;* mais cette affection étant d'une nature particulière, nous ne croyons pas devoir nous en occuper ici. Quant aux autres professions, rien ne prouve qu'elles aient une influence réelle. Hebréard a noté, sur 162 épileptiques, 119 célibataires, 7 veufs, et seulement 33 mariés; n'est-ce pas parce que les individus affectés d'épilepsie le sont très-souvent depuis leur enfance, et se marient plus difficilement que les autres? Copland et Foville père font remarquer que l'épilepsie se montre surtout fréquemment dans les *classes inférieures de la société;* mais, d'après les recherches d'Herpin, c'est tout le contraire qui a lieu. Il pense que ce qui détermine l'opinion de ces auteurs, c'est que, dans les classes élevées, cette maladie est habituellement dissimulée avec soin. Sur 68 sujets qu'il a observés, 11 seulement appartenaient à des familles indigentes, 28 à des familles riches; 36 vivaient confortablement.

Menstruation. — C'est à l'époque de la première menstruation que l'épilepsie se déclare le plus fréquemment; mais doit-on voir, dans l'influence de la première éruption des règles, la cause réelle de la plus grande fréquence de la maladie? Chez les jeunes garçons, c'est également à l'époque de la puberté que paraît le plus ordinairement l'épilepsie, et nous devons en conclure que ce n'est très-probablement ni dans l'embarras qu'éprouve l'éruption des règles, ni dans un trouble quelconque de la menstruation que se trouve réellement cette cause, mais bien dans la révolution qu'éprouve l'organisme à l'époque de la puberté.

On a cité des pays dans lesquels l'épilepsie a paru *endémique :* ainsi tout le monde a mentionné un passage de Joseph Frank, dans lequel il est fait mention d'un nombre considérable d'épileptiques observés en Lithuanie en peu d'années ; mais il faudrait des renseignements beaucoup plus étendus pour se faire une opinion exacte sur ce point.

[Il faudrait surtout savoir si l'alcoolisme chronique n'entre pas pour quelque chose dans la fréquence insolite de l'affection (Motet).

Maladies antérieures. — Les médecins de tous les temps ont fait jouer un grand rôle, parmi les causes de l'épilepsie, aux maladies qui en avaient précédé l'apparition. On reconnaîtra comme causes prédisposantes réelles de l'épilepsie diverses affections du cerveau, les convulsions simples ou de nature hystérique, les maladies éruptives, etc. La présence de tumeurs de tubercules dans les méninges ou les centres nerveux est une cause prédisposante de l'épilepsie.

Excès, mauvaises habitudes. — Les excès vénériens, et surtout l'onanisme, ont été constatés un grand nombre de fois chez les épileptiques. Les mêmes conditions d'organisation qui prédisposent les épileptiques à la maladie qui doit les atteindre, les prédisposent également aux excès vénériens, et *vice versâ*, en sorte que chez eux le mal est tout à la fois effet et cause. Les excès alcooliques ont été signalés avec juste titre comme prédisposant à l'épilepsie.

2° *Causes occasionnelles.* — Sur 444 cas dans lesquels on a noté les causes occasionnelles, dit Moreau (de Tours), on trouve :

Frayeur	314	Mauvais traitements	7
Chagrin	42	Colère	6
Émotion pénible	24	Joie	5
Vue d'épileptique	15	Crainte	3
Contrariétés	14	Misère	2
Viol	11	Peur en rêve	1

De toutes les causes occasionnelles, la frayeur est de beaucoup la plus commune. Les causes physiques sont très-nombreuses et de toutes sortes. Un fait à noter, c'est la tendance qu'ont les attaques nerveuses à se produire sous l'influence des mêmes causes morales et physiques qui leur ont primitivement donné naissance.]

L'*apparition des règles* n'a paru avoir une véritable influence que dans un nombre très-limité de cas. Il en est de même de l'*âge critique.* On a encore cité la *grossesse* comme une cause déterminante de l'épilepsie ; mais le fait est si peu prouvé, que certains auteurs affirment, au contraire, que la grossesse suspend les attaques d'épilepsie, et les recherches d'Herpin viennent à l'appui de cette dernière opinion ; car dans les deux seuls cas où il a pu suivre la marche de l'épilepsie pendant la grossesse, tout symptôme épileptique avait cessé pendant la gestation, et cela dans toutes les grossesses de ces deux femmes, pour reprendre ensuite leur marche ordinaire. L'influence des *suites de couches* n'est appuyée que sur des faits très-peu nombreux.

Nous signalerons un certain nombre d'autres causes dont l'influence est beaucoup moins bien déterminée, et parmi elles on en retrouvera quelques-unes que nous avons déjà indiquées en parlant des causes prédisposantes : ce sont les *écarts de régime*, l'abus des *boissons alcooliques*, l'*abus du tabac à fumer* chez des jeunes

gens, les *excès vénériens*, la *masturbation*. Quelques auteurs ont, au contraire, placé parmi ces causes la *continence* trop prolongée. Viennent ensuite les *excès de travail intellectuel*, la *disparition brusque d'un exanthème*, les *coups sur la tête*, les *chutes*, la *dentition difficile*, l'*insolation*, le *refroidissement*. Il est bien loin d'être démontré que l'influence de ces causes soit aussi grande que l'ont cru quelques auteurs : il résulte au contraire des relevés de Leuret que leur action n'a pu être constatée que dans un très-petit nombre de cas.

Sarkey, de Jersey (1), a rapporté deux cas dans lesquels l'épilepsie a été déterminée par les *pratiques du magnétisme animal*.

Imitation. — L'apparition du mal est due non à l'imitation, mais bien à la terreur profonde que fait très-souvent éprouver la vue d'un épileptique dans son attaque. Quant à la *contagion*, il n'est pas nécessaire de la mentionner.

Affections chroniques du cerveau et de la moelle (*tubercules*).—Gamberini (2) a cité un cas d'épilepsie entretenue par une *exostose* du pariétal gauche.

Il y a à étudier les *causes déterminantes des attaques*, mais il sera temps de nous en occuper lorsque nous parlerons de la marche de la maladie.

§ III. — Symptômes.

Nous examinerons séparément les vertiges et les attaques convulsives ; mais auparavant nous dirons quelques mots du début de la maladie et des prodromes que présentent ses accès, quels qu'ils soient.

Prodromes. — On a distingué les prodromes de la maladie, considérés d'une manière générale, de ceux qui annoncent l'apparition des attaques, mais cette distinction n'a pas de fondement, puisque la maladie consiste en attaques plus ou moins violentes. A quelque époque qu'on les considère, les prodromes appartiennent toujours à une attaque.

Ces prodromes ne se montrent que dans la minorité des cas ; ils sont un peu plus fréquents qu'on ne le croit généralement (Beau). Cet auteur les a divisés en *prochains* et *éloignés ;* ces derniers se montrent pendant plusieurs heures, et même pendant plusieurs jours : ce sont des changements de caractère, une irascibilité plus grande, l'altération de l'appétit, le trouble des digestions, des étouffements, en un mot, des troubles nerveux très-variables. Les prodromes prochains consistent en des *sensations tout à fait particulières :* ce sont un sentiment de constriction dans diverses parties du corps, de gonflement, de pesanteur dans certains organes, la sensation d'un froid glacial dans un membre, etc.

Début. — Les diverses sensations dont nous venons de parler, et quelques autres qu'il est difficile d'indiquer, tant elles sont variables, constituent l'*aura epileptica*, qui peut avoir son point de départ dans toutes les parties du corps : il serait facile d'en citer des exemples. D'un point plus ou moins éloigné, la sensation qui la constitue se porte rapidement vers l'encéphale, puis le malade pousse un cri, tombe, et l'attaque commence. Telle est du moins la manière dont débute, dans un bon nombre de cas, l'attaque convulsive. [Souvent aussi, une hallucination terrifiante en

(1) Sarkey (de Jersey), *London medical Gazette*, et *Union médicale*, 15 avril 1845.
(2) Gamberini, *Bulletino delle scienze med. di Torino*, et *Journal des connaissances méd.-chir.*, septembre 1846.

marque le début]. Quant aux vertiges, nous verrons plus loin comment ils se manifestent. Dans un plus grand nombre de cas encore, l'accès débute tout à coup sans aucun prodome, sans *aura epileptica*, soit par un cri, soit simplement par une chute ; dans les vertiges, il n'y a ni cri, ni chute au début.

La valeur de l'*aura epileptica* est considérable et a servi, dans ces derniers temps, à fonder toute une théorie nouvelle de l'épilepsie. L'*aura* est une sensation, le plus souvent douloureuse, quelquefois insupportable, que quelques épileptiques comparent à un chatouillement, à une névralgie, à une vapeur froide ou chaude, etc., dont le siége peut être dans un point très-limité ou dans une région. Pour quelques auteurs, l'*aura* procède directement des centres nerveux, et se montre dans plusieurs maladies du cerveau ou de la moelle, dont elle n'est qu'une manifestation. Pour d'autres (1), l'*aura* est un phénomène primordial, initial, qui, par son retentissement sur le centre nerveux, par *action réflexe*, donne lieu à l'attaque convulsive qui caractérise l'épilepsie.

Attaque convulsive. — Jusqu'à l'époque où ont paru les travaux d'Esquirol, on confondait les attaques d'épilepsie avec les vertiges. Ce médecin a insisté avec raison sur la distinction de ces deux formes d'attaques, dont, après lui, les docteurs Georget, Foville, Calmeil, Beau, Herpin, Delasiauve, Marcé, Trousseau, etc., ont tracé de bonnes descriptions.

Dans l'attaque, l'individu pousse un *cri*, et tombe tout à fait *privé de sensibilité et d'intelligence*. Les muscles sont dans un état de *roideur tétanique* et immobiles, la *respiration* est suspendue, les *veines* se gonflent, la *face* est congestionnée, le *pouls* faible et petit. Bientôt la roideur tétanique des muscles est remplacée par des *alternatives de contraction et de relâchement*, apparentes surtout à la face, d'abord légères, ensuite plus étendues, vives et rapprochées. L'individu rend des *jets saccadés de salive et de mucosité mousseuse ;* la respiration recommence à l'aide des mouvements convulsifs des muscles inspirateurs ; les veines se désemplissent ; la congestion de la face disparaît ; le pouls devient plus fort.

Les convulsions ayant cessé entièrement, la respiration s'exécute d'une manière large et profonde, avec un *ronflement remarquable ;* la face est pâle, décomposée ; enfin le ronflement disparaît, et l'intelligence revient peu à peu avec la sensibilité.

Il ne reste ordinairement de ces diverses lésions fonctionnelles qu'une fatigue musculaire excessive, de la céphalalgie et de l'hébétude, *sans que le patient ait la moindre conscience de ce qui s'est passé* (Beau).

Dans un certain nombre de cas, les convulsions sont extrêmement violentes : on a vu en résulter des distorsions des membres et des déplacements des surfaces articulaires ; elles sont presque toujours plus fortes d'un côté que de l'autre ; quelques malades rendent sous eux l'urine et les matières fécales ; vers la fin de l'attaque, la peau se couvre de sueur, et après l'attaque il y a parfois des *accès de fureur* qui durent plus ou moins longtemps. Lorsqu'au moment de l'attaque la langue se trouve entre les dents, elle est déchirée, coupée, et la *mousse* qui couvre les lèvres est *sanglante*. On a affirmé qu'après l'attaque l'urine est claire et limpide.

(1) Brown-Séquard, *Journ. de physiol.*, 1858. — *Researches on Epilepsy*. Boston, 1857.

Beau, analysant l'attaque, la divise en trois périodes. La première est caractérisée par la *convulsion tétanique* ou *tonique ;* elle a une durée de cinq à trente secondes. La seconde dure de une à deux minutes ; son principal caractère consiste dans les *convulsions cloniques*. La troisième, qui a une durée de trois à huit minutes, est principalement caractérisée par le *stertor* et le *râle trachéal*.

Vertige épileptique. — Le vertige varie tant, pour sa forme et sa durée, qu'il est difficile d'en donner une description générale. Ainsi quelquefois l'individu sera surpris tout à coup dans une conversation, et pourra au bout d'une seconde achever la phrase qu'il aura commencée ; d'autres fois il tombera comme foudroyé, et restera une demi-heure privé de sentiment et d'intelligence, sans qu'il y ait, comme dans l'attaque, aucun désordre dans l'appareil musculaire ; tantôt l'individu ne pourra ni parler ni se mouvoir, l'intelligence étant à demi conservée ; souvent il y aura quelques mouvements convulsifs, des actes désordonnés, des paroles incohérentes, etc., etc.

L'individu a le temps de s'asseoir, tombe ou fléchit ; sa face est pâle, immobile, les yeux fixes et hagards ; ou bien il y a quelques légers tremblements des membres supérieurs et de la face ; il reste ainsi quelque temps ; peu à peu il s'anime, il se lève d'un air étonné, cherche autour de lui, fait des paquets, veut se déshabiller, prononce souvent des paroles mal articulées, et essaye de se débarrasser des personnes qui le retiennent ; si on le laisse aller, il se promène d'un air égaré, a une démarche un peu choréique, et bat quelquefois ceux qui se trouvent sur son passage. Enfin l'intelligence reparaît, l'individu est fatigué et honteux, et conserve souvent la mémoire d'une partie de ce qui s'est passé. Cet ensemble de phénomènes dure de deux à trois minutes. Le délire dont nous venons de parler est toujours sombre ou même furieux. Nous n'avons observé des rires et des chants que dans cinq cas (Beau).

[D'autres fois le vertige passe complétement inaperçu, il est si fugace, que si des troubles spéciaux du côté de l'intelligence n'éveillaient pas l'attention on ne pourrait même le soupçonner. Nous avons vu un jeune homme chez lequel des accès de manie durant de huit à dix jours, se répétaient d'une manière périodique. Dans l'intervalle des accès la santé était parfaite et l'on se perdait en conjecture sur l'origine des troubles intellectuels revenant d'une manière si brusque : un jour, à table, au milieu du dîner, il porta brusquement la tête de côté, avec distorsion de la bouche, puis il pâlit, et l'accès de manie débuta immédiatement. Nous en avions été le témoin, et une médication sur laquelle nous aimons à revenir fut suivie d'une guérison qui depuis six ans ne s'est pas démentie.

L'exactitude de la description de Beau peut être facilement vérifiée par tout le monde, et nous nous rangeons entièrement à son opinion lorsqu'il considère le vertige comme un ensemble de symptômes d'épilepsie et d'aliénation mentale, et qu'il établit entre ces deux affections un rapport incontestable.]

Trousseau (1) insiste sur les différentes formes de l'épilepsie sans convulsion. Parmi ces formes, une des plus intéressantes et des moins connues est celle qui consiste dans la suspension momentanée de la vie de relation, ou tout au moins dans la perte momentanée du sentiment des objets qui nous entourent. Cet état, qui se rapproche de la catalepsie, ne porte que sur l'intelligence. Un

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. Paris, 1865, t. II, p. 54 et 55.

homme s'interrompt tout d'un coup au milieu d'une phrase et reste immobile ou fait telle action qui n'est point dans la situation, et reprend au bout de quelques secondes ou de quelques minutes sa phrase interrompue, sans se douter aucunement de ce qui s'est passé.

État des malades dans les intervalles des attaques. — Immédiatement après les attaques, les malades restent pendant un certain temps hébétés, et quelques-uns ont un délire parfois furieux. Cet état peut se prolonger pendant un certain temps, et l'on a cité des cas (1) où les attaques ont été suivies d'une inflammation encéphalique et de paralysies partielles; mais si les attaques ne sont pas nombreuses, si l'épilepsie est récente, l'intégrité des fonctions ne tarde pas à se rétablir. Il n'en est pas de même lorsque la maladie est ancienne, lorsqu'elle fait des progrès et que les accès se rapprochent. Alors les malades deviennent irritables, capricieux; les facultés intellectuelles deviennent paresseuses et s'altèrent. La *mémoire* en particulier se perd, et quelques sujets tombent dans une véritable idiotie.

Du côté des *voies digestives*, on observe divers symptômes, tels que la difficulté des digestions, les éructations, les borborygmes; diverses *convulsions*, comme le strabisme, la contracture, les tics, se produisent. Les sujets éprouvent, plus ou moins fréquemment, des *palpitations;* en un mot, il y a un trouble nerveux qui se manifeste par des symptômes nombreux et variés.

La *face*, suivant la remarque d'Esquirol, finit par présenter des caractères particuliers : ce sont le gonflement des paupières, l'épaississement des lèvres, l'incertitude du regard, la dilatation des pupilles. D'un autre côté, les *membres* deviennent grêles, le corps augmente de volume, et de là une démarche incertaine.

Leuret a insisté sur une disposition des épileptiques aux *désirs érotiques*. Ces désirs sont portés parfois au point d'anéantir toute pudeur, et Cossy a fait connaître une espèce de délire particulier aux épileptiques : c'est le *délire érotique*. Ce délire survient à des intervalles assez éloignés des attaques, aussi bien qu'à une époque rapprochée. Les malades qui y sont en proie n'ont presque qu'une seule idée, c'est celle de satisfaire leurs désirs vénériens : ils se livreraient à la masturbation si on ne les en empêchait; ils exécutent des mouvements lascifs du bassin, et lorsqu'on s'approche d'eux pour les toucher, ils prennent ce mouvement pour une provocation vénérienne.

Ce délire érotique a pour origine une excitation nerveuse. Chez un bon nombre d'épileptiques, l'attaque est suivie d'érections, et même d'éjaculations.

§ IV. — Etat mental dans l'épilepsie. Folie épileptique.

[Les désordres de l'intelligence, précurseurs de l'accès d'épilepsie ou consécutifs à la convulsion, n'avaient point échappé aux observateurs, dès les temps les plus reculés. Arétée parle « de ce mal prodigieux et terrible qui altère les facultés, modifie profondément le caractère, et dans lequel les malades ne redeviennent

(1) Georget, *Dictionnaire de médecine*, art. ÉPILEPSIE, *loc. cit.*

(2) Cossy, *Recherches sur le délire aigu des épileptiques* (*manie intermittente, manie avec fureur*), *pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de la folie* (*Mémoires de la Soc. méd. d'observation de Paris*, Paris, 1856, t. III).

jamais doux et traitables. » Dans des temps plus rapprochés de nous, Esquirol, Calmeil, Bouchet et Cazauvieilh, Delasiauve, Morel, Jules Falret, etc., ont donné du délire épileptique de fidèles descriptions. Boileau de Castelnau (1) l'a étudié au point de vue médico-légal ; tous ces travaux, d'une véritable importance, nous autorisent à faire du délire compliquant l'épilepsie une forme à part, ayant ses caractères propres, et dont la place était ici, au milieu même des symptômes de la maladie.

L'épilepsie amène l'affaiblissement des facultés intellectuelles, et si d'illustres exceptions qui se nomment César, Mahomet et Pétrarque, ont pu être signalées, il n'en est pas moins vrai que la démence est le terme fatal vers lequel tendent tous ceux chez lesquels les attaques sont répétées. Plusieurs degrés dans cette déchéance peuvent être constatés.

Première période. — Le caractère se modifie, devient irritable, tracassier, querelleur ; toute discussion, toute contestation, peut être suivie de colères aggressives. Il n'est pas rare de voir s'y joindre des hallucinations très-impérieuses : la tendance au suicide, à l'homicide, à l'incendie. Ce qu'il y a de remarquable dans cet état sur la limite du délire, c'est la brusquerie même de l'impulsion. Elle a quelque chose de fatal, d'aveugle, qui fait des épileptiques les êtres les plus dangereux.

Deuxième période. — Au début, ce n'est encore que l'exagération des symptômes que nous venons de signaler, le *caractère épileptique* s'accuse plus nettement ; passant, pour un mot, pour un signe mal interprété, du calme à la colère, ces malades reviennent avec une flatterie, une promesse, à une exagération de sentiments affectifs. Leur mobilité est extrême, et l'on ne saurait avoir un instant confiance en eux ; toutes les passions mauvaises se montrent tour à tour, et le mensonge, la dissimulation sont dans leurs habitudes ; ils combinent les actes les plus odieux avec la plus noire habileté, et savent protester de leur innocence, même lorsqu'on les a surpris. Ces dispositions d'esprit supposent encore une certaine somme d'intelligence ; à un degré plus avancé, on ne retrouve plus les mêmes calculs ; l'épileptique se livre, sans se cacher, à des habitudes de masturbation. S'il ne l'était déjà avant l'explosion des accès, il devient imbécile, et c'est surtout dans ces cas que l'on rencontre la fureur aveugle dont Cavalier a donné une excellente description (2). La manie avec fureur est d'autant plus intense que les accès sont plus éloignés, qu'ils ont avorté ; précédée par quelques jours de maladie, par des hallucinations dont la plupart sont terrifiantes, elle dure une semaine, ou moins encore ; mais rien n'égale la violence à laquelle les malades arrivent. Un médecin expérimenté en pressent l'explosion prochaine, et dans tous les asiles les plus minutieuses précautions sont prises pour empêcher de tels malades de se nuire à eux-mêmes, de nuire à tout ce qui les entoure : ils sont d'autant plus dangereux que la violence du mal double leurs forces, et que, poussés par un irrésistible besoin de détruire, ils méconnaissent tout. Ce caractère de brutale aggression ne manque jamais, et c'est quand il a, sans prodromes d'aucune sorte, éclaté avec la soudaineté même d'une attaque, que des homicides ont été commis. Le vertige, de l'aveu de tous les

(1) Boileau de Castelnau, *De l'épilepsie dans ses rapports avec l'aliénation mentale considérés au point de vue médico-judiciaire* (*Annales d'hygiène publique et de médecine légale*. Paris, 1852, t. XLVII).

(2) Cavalier, *De la fureur épileptique*. Montpellier, 1851.

auteurs, est plus fréquemment suivi que les convulsions, de cette forme de délire. Pour notre part, c'est après des vertiges que nous avons vu éclater des accès de manie, et il semble que l'intelligence soit plus sûrement compromise par leur retour que par les grandes attaques elles-mêmes.

Troisième période. — A mesure que les accès se répètent, à mesure aussi l'intelligence s'affaiblit. Rien n'est plus triste que la physionomie abrutie, dégradée, de l'épileptique : il n'a plus rien dans le regard qu'une hébétude vague ; des gestes automatiques analogues à ceux de l'idiot complet, une torpeur profonde, de la lenteur dans les mouvements, ou une inertie complète, donnent à l'être déchu une existence purement végétative. Il est désormais d'une repoussante malpropreté ; il exhale une odeur *sui generis* qu'on ne saurait oublier. — Dans cette période, on rencontre encore des malades avec des paralysies complètes ou incomplètes, des mouvements choréiques. — L'articulation des mots n'est plus possible, il ne reste plus que des cris, et l'existence enfin se termine dans une série d'accès qui se succèdent presque sans interruption, pendant vingt-quatre, trente-six heures. (A. Motet.)]

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de l'épilepsie est essentiellement chronique. Elle est presque toujours croissante, c'est-à-dire qu'à mesure que le malade avance en âge, les accès augmentent de fréquence et d'intensité, jusqu'à ce qu'ils se manifestent tous les jours et même plusieurs fois par jour. Dans quelques cas, au contraire, le mal semble n'avoir de tendance à se reproduire qu'à des époques éloignées, pendant toute la vie. Bien que, d'une manière générale, on doive dire que la maladie est croissante, il n'est pas rare de la voir, sous l'influence de causes diverses, paraître s'arrêter pendant un temps plus ou moins long, pour faire ensuite de nouveaux progrès.

L'*intermittence* de l'affection est un de ses caractères essentiels. Cette intermittence est irrégulière, et nous avons des recherches très-intéressantes sur les *causes du retour des accès*.

D'abord nous dirons que le retour des attaques a une certaine tendance à se régulariser, c'est-à-dire que chez beaucoup de malades, elles reviennent à certaines époques à peu près déterminées, comme tous les huit jours, tous les quinze jours, tous les mois. Cependant, même dans ces cas, il n'y a pas de régularité parfaite et l'on ne peut, sans se tromper, préciser le jour où l'attaque se reproduira. Chez un petit nombre, le retour des attaques est tellement variable, qu'on ne peut pas le prévoir, même approximativement. Il est rare que les attaques reviennent plus souvent que tous les huit jours. (Leuret).

Le nombre des attaques, pendant une année, n'est ordinairement pas très-considérable ; mais il est quelques cas où ce nombre est extrêmement grand. « Le nombre des attaques pendant l'année, pour un même malade, a varié de 8 à 2149, c'est-à-dire que tel malade a eu seulement 8 attaques pendant l'année, et tel autre 2149. » (Leuret.)

Il est rare que les malades, quand ils sont arrivés à la période de leurs attaques, ne tombent qu'une seule fois. La plupart du temps, il y a d'abord des étourdissements ou *autres prodromes* de l'épilepsie ; les attaques viennent ensuite, et se répètent, soir le jour, soit la nuit. Chez quelques malades, il ne survient qu'une attaque ;

chez la plupart, il y en a successivement trois, quatre, et plus. Nous avons vu, mais c'est dans les cas les plus graves, les attaques revenir *jusqu'à quatre-vingts fois dans l'espace de douze heures.* Les malades ne sortaient d'une attaque que pour tomber dans une autre ; il ne leur restait ni repos ni lucidité.

On a observé quelques cas dans lesquels le nombre des accès a été de cent et même de cent cinquante dans les vingt-quatre heures. [C'est ce que l'on appelle l'*état de mal épileptique.*]

La *nuit* est plus favorable que le jour au retour des accès; il en est de même de la *saison la plus froide*, tandis que es mois les plus chauds ont une influence contraire; la *lune* n'a aucune influence sur le retour des accès, ainsi que l'avait déjà remarqué Esquirol, sans établir le fait avec la même précision; l'*onanisme* rend leur retour plus fréquent, et les vives émotions morales, que nous avons vues produire la maladie, provoquent aussi l'invasion des attaques. On a cité des cas rares dans lesquels les accès avaient la même *périodicité* qu'une fièvre intermittente.

Un phénomène assez commun, c'est la *suspension des attaques pendant tout le cours d'une maladie accidentelle et grave* ;... quelquefois pourtant l'épilepsie n'est pas arrêtée. (Georget.)

L'épilepsie a ordinairement une longue *durée ;* elle est compatible avec une très-longue existence, quoique, en général, les épileptiques succombent à un âge peu avancé.

Les *complications* sont l'aliénation mentale, l'hystérie et la catalepsie.

La *terminaison* ordinaire est la mort. La mort est amenée le plus souvent par les progrès toujours croissants de l'affection. Quelquefois on a vu la *mort subite* survenir dans le cours d'une attaque, et c'est à l'asphyxie qu'il faut rapporter cette terminaison funeste. On a néanmoins signalé comme possible la rupture du cœur. L'épilepsie est une cause indirecte de mort; car les malades perdant complétement connaissance et tombant, on en a vu se faire des blessures mortelles dans leur chute, se noyer, se brûler.

Si l'on acceptait sans discussion les divers cas de guérison mentionnés par les auteurs, on devrait en reconnaître un très-grand nombre; si l'on y regarde de près, on voit que cette terminaison heureuse est, au contraire, très-rare. On a beaucoup parlé des *crises* qui peuvent mettre un terme à l'épilepsie; mais on n'a pas apporté de preuves suffisantes à l'appui de cette manière de voir. Il est sans doute quelques cas dans lesquels le rétablissement d'une hémorrhagie, d'un flux, d'un exanthème supprimé ou d'autres phénomènes semblables, a été suivi de la guérison de la maladie. [Mais on ne peut tirer aucune conséquence de ces faits exceptionnels. Ce sont là des cas d'épilepsie sympathiques, comme Tissot (1), d'après Fabrice de Hilden, et Legrand du Saulle (2) en ont rapporté des exemples.

§ VI. — Lésions anatomiques.

Il n'existe point de lésion nécessaire et constante d'où résulte l'épilepsie. Souvent on ne trouve dans le cadavre des épileptiques aucune lésion appréciable. Les auteurs qui voient dans l'épilepsie une maladie *par elle-même essentielle* ne con-

(1) Tissot, *Traité de l'épilepsie.* Paris, 1770, et *Traité des nerfs et de leurs maladies*, dont le *Traité de l'épilepsie* forme le troisième volume.

(2) Legrand du Saulle, in *Gazette hebdomadaire*, 1855.

sidèrent tout au plus les lésions qui, en pareil cas, se peuvent rencontrer dans les centres nerveux, que comme un fait sans importance et sans signification, presque une coïncidence. Ceux qui ne voient dans l'épilepsie qu'un résultat dont la cause est, soit dans les centres nerveux, soit dans quelque partie du corps, peau, muqueuse ou viscères (1), et dont l'*aura* est le plus souvent le point de départ, tiennent compte de toutes les lésions qui peuvent se présenter en quelque point que ce soit du corps, mais surtout dans les centres nerveux. On puisera à cet égard des renseignements utiles dans les auteurs suivants : Todd (2), Radcliffe (3), et dans les travaux cités de Brown-Séquard. Il est certain qu'on a trouvé chez les épileptiques des tumeurs de différente nature, cancéreuses, tuberculeuses, syphilitiques, osseuses, etc., etc., comprimant soit le cerveau, soit la moelle épinière ou le cervelet, des caillots, des points ramollis, une atrophie avec induration, de portions plus ou moins étendues du cerveau ou du cervelet, etc.; que des lésions diverses ont été trouvées dans les membranes cérébro-rachidiennes; que l'on a décrit également des altérations des organes de la circulation, de la digestion ou de la génération. Une partie des phénomènes de l'attaque convulsive serait due, suivant Marshall Hall, au *laryngisme* ou spasme du larynx.

Nous ne saurions accepter cette théorie qui fait de l'accès convulsif la conséquence d'une asphyxie ; elle n'explique pas le vertige dans lequel manquent absolument les symptômes asphyxiques, et où se montre, comme dans le grand accès d'ailleurs, la perte de connaissance comme phénomène primitif. On peut faire encore une autre objection à cette théorie; c'est que l'asphyxie n'est pas due seulement au spasme de la glotte, mais bien encore à l'immobilisation des parois thoraciques par la convulsion permanente des muscles inspirateurs. Foville fils (4), qui la repousse, rattache tous les accidents convulsifs, épileptiques, épileptiformes, éclamptiques, au pouvoir réflexe, excito-moteur de la moelle. L'asphyxie pour lui est produite par les phénomènes convulsifs de l'accès, et loin alors d'être la cause première de l'attaque, elle la modère en quelque sorte en paralysant momentanément la faculté motrice de la moelle. Cette théorie est d'accord avec les expériences d'un physiologiste éminent, Brown-Séquard, qui a trouvé les moyens suivants de produire artificiellement, en blessant la moelle épinière, l'épilepsie, ou du moins une maladie qui ressemble à l'épilepsie. Il a expérimenté sur des animaux de différentes espèces, mais surtout sur les cochons d'Inde :

1° Section transversale complète d'une moitié latérale de la moelle ;

2° Section transversale des faisceaux postérieurs, des cornes postérieures de substance grise et d'une partie des colonnes latérales ;

3° Section transversale des faisceaux postérieurs ou latéraux, ou antérieurs isolément ;

4° Section transversale complète de toute la moelle ;

5° Une simple piqûre.

(1) Brown-Séquard, *Journal de physiologie*, 1858, *loc. cit.*
(2) Todd, *Diseases of the brain.*
(3) Radcliffe, *On Epileptic and other convulsive affections of the Nervous System*, third edition. London, 1862.
(4) A. Foville fils, *Considérations physiologiques sur l'accès d'épilepsie*, thèse inaugurale. Paris, 1857, n° 292.

C'est surtout la section transversale d'une moitié latérale de la moelle qui donne lieu à cette maladie convulsive de la façon la plus constante, principalement lorsque cette section a été pratiquée entre la septième vertèbre dorsale et la troisième lombaire. Cette affection se montre généralement durant la troisième ou la quatrième semaine qui suit l'opération. L'accès consiste d'abord seulement en un spasme des muscles du cou et de la face, d'un seul côté ou des deux côtés, suivant l'étendue de la blessure faite à la moelle. Au bout de quelques jours, l'attaque devient plus complète, et toutes les parties du corps non paralysées entrent en convulsions... Le siége de ces convulsions varie suivant le point ou la moelle a été lésée, etc. L'auteur provoque à volonté le retour de l'attaque, soit en empêchant l'animal de respirer, soit en pinçant la peau à certaine partie de la face ou du cou, ce que l'auteur attribue à une action réflexe.

Pour prouver que l'attaque artificiellement produite, si elle n'est pas l'épilepsie elle-même, est du moins épileptiforme, l'auteur montre en quoi elle consiste : la tête s'agite d'abord violemment sur les épaules par la contraction des muscles du cou ; les muscles de la face, l'orbiculaire des paupières surtout, se contractent violemment. Toutes ces contractions surviennent ordinairement ensemble. Au bout de peu de temps, l'animal pousse des cris sourds, comme s'il étouffait, par la contraction spasmodique des muscles du larynx. Alors l'animal tombe, tantôt du côté où la moelle est blessée, tantôt de l'autre côté, et tous les muscles du tronc et des membres qui ne sont pas paralysés entrent en convulsions alternativement toniques et cloniques. La respiration devient irrégulière, à cause des convulsions des muscles respirateurs. Il y a expulsion des matières fécales et souvent de l'urine, quelquefois érection du pénis et même éjaculation.

Cet auteur assigne les causes anatomiques suivantes à l'épilepsie : 1° Une lésion de la moelle épinière peut donner lieu à une affection épileptiforme. 2° Il existe une étroite relation entre certaines parties de la moelle épinière et certaines branches des nerfs de la face et du cou. 3° Les convulsions épileptiformes peuvent être la conséquence d'irritations sur certains nerfs. 4° Même alors qu'une affection épileptiforme a sa cause primitive dans les centres nerveux, certaines ramifications cutanées des nerfs, lesquels ne sont pas en connexion directe avec les parties lésées du centre nerveux, ont le pouvoir de produire des convulsions que n'ont pas d'autres nerfs, lesquels sont cependant en connexion directe avec le centre blessé. 5° Les ramifications cutanées de certains nerfs peuvent avoir le pouvoir de produire des convulsions, tandis que le tronc lui-même ne jouit pas de ce pouvoir.]

§ VII. — Diagnostic, pronostic.

Dans l'immense majorité des cas, l'épilepsie est une affection très-facile à reconnaître. Quelquefois, au contraire, elle se montre avec des caractères peu tranchés, et, d'une autre part, certaines maladies, comme l'hystérie en particulier, peuvent s'en rapprocher par leurs symptômes.

Quant au diagnostic de l'épilepsie et de l'*hystérie*, nous n'avons qu'à renvoyer

le lecteur à l'article consacré à cette dernière maladie, où nous sommes entré dans tous les détails nécessaires (1).

Nous nous occuperons du diagnostic de l'épilepsie et de la *catalepsie* dans l'article suivant.

La *congestion cérébrale* se distingue principalement de l'attaque d'épilepsie par l'absence des convulsions et du trouble particulier de la respiration.

Cependant nous devons ajouter que dans les cas où la congestion est liée à une affection cérébrale chronique, comme dans les méningo-péri-encéphalites diffuses, le diagnostic s'établit surtout par la connaissance des antécédents, car les convulsions épileptiformes dans ces cas diffèrent peu, dans leur aspect, des attaques d'épilepsie vraies : elles peuvent, comme elles, se succéder à intervalles très-rapprochés. Nous avons vu souvent aussi chez les aliénés paralytiques des phénomènes analogues aux vertiges ; on ne les confondra pas avec eux dès qu'on aura pu constater les troubles qui appartiennent à la paralysie générale.

Dans certains cas, il est difficile de distinguer l'épilepsie de l'*éclampsie;* aussi, dans ces cas, doit-on suspendre son jugement, et n'admettre qu'il y a eu véritablement attaque d'épilepsie que lorsque cette attaque s'est reproduite. Ces cas douteux sont beaucoup plus rares qu'on ne l'a dit.

Épilepsie simulée. — L'épilepsie est une des maladies qu'on a le plus fréquemment simulées et qu'on simule le mieux par des moyens bien connus de tout le monde. C'est là une question importante, non-seulement pour le médecin légiste, mais encore pour tous les praticiens qui peuvent se trouver dans des cas de ce genre fort embarrassants.

Le malade qui n'est point averti de l'invasion de l'attaque tombe partout où il se trouve, sans choix du lieu ni des spectateurs ; le prétendu épileptique a bien soin de choisir le lieu de la scène, de manière à se faire le moins de mal possible, et à n'être point soumis à l'examen des gens de l'art ; mais il y a des attaques annoncées par des prodromes, et il serait facile d'en simuler une de ce genre. La perte de toute sensibilité est complète et profonde ; les douleurs vives, les odeurs piquantes, les bruits violents, rien ne peut faire impression sur le malade. On interrogera donc la sensibilité par des sensations fortes et inattendues. On excite ordinairement la douleur en laissant tomber sur la peau de la cire à cacheter enflammée ; quelquefois la menace d'une épreuve douloureuse a suffi pour prévenir le retour des prétendues attaques. La pupille est immobile : on l'exposera soudainement à une lumière un peu vive ; cette épreuve est difficile à faire sur un sujet agité par des convulsions, dont les yeux peuvent être roulants dans l'orbite. L'un des meilleurs signes de l'attaque épileptique est la turgescence violacée ou noirâtre de la face, subitement dissipée et remplacée par la pâleur dès que les convulsions cessent. Il n'est guère possible d'imiter ce double effet, qui est surtout remarquable pour ceux qui ont observé les épileptiques. On ne concoit guère la possibilité de préparer dans la bouche, avec un morceau de savon, la grande quantité de salive écumeuse que rendent la plupart des malades ; mais tous les épileptiques n'ont pas de l'écume à la bouche dans les attaques. Le ronflement soporeux qui suit ordinairement l'attaque, ainsi que l'altération de l'intelligence, l'air honteux,

(1) Voy. art. HYSTÉRIE, § VI, *Diagnostic*.

hébété, étonné, seront difficiles ou plutôt impossibles à imiter. Marc dit que l'on a beaucoup de peine à étendre le poignet et le pouce, qui sont fléchis, mais qu'une fois étendus ils ne se fléchissent plus, et ce médecin fait observer que le faux malade croira bien faire de les fléchir aussitôt qu'il ne sentira plus de résistance. Sauvages reconnut la supercherie d'une petite fille de sept ans, qu'il soupçonnait de feindre d'être épileptique, en lui demandant si elle ne sentait pas un vent qui de la main parvenait à l'épaule, et de là au dos et à la cuisse : à quoi la petite répondit affirmativement. La gêne et le mode de respiration sont très-remarquables; les mouvements forts et tumultueux du cœur ne sont pas à la disposition de la volonté.

Il reste à savoir *si la maladie est dépendante ou non d'une altération organique plus ou moins profonde?* Il est rare que les *altérations chroniques* du cerveau n'aient pour tout symptôme que des attaques d'épilepsie. On observe en outre un affaiblissement des facultés intellectuelles plus considérable que ne le comportent la fréquence et la violence des attaques ; il y a des troubles de la motilité, de la sensibilité, etc. Ces derniers symptômes se montrent également dans les affections de la moelle. Quant aux lésions des autres organes, c'est à l'observateur à chercher à les découvrir par les moyens ordinaires.

Pronostic. — Le pronostic de l'épilepsie, considéré d'une manière générale, est grave, parce que la maladie tend naturellement à une terminaison fâcheuse, et que chaque attaque peut être la cause d'un accident funeste. Mais le danger est-il immédiat ou éloigné ? Si la maladie est voisine de son début, si les attaques ne surviennent qu'à d'assez grands intervalles, le danger est ordinairement très-éloigné; si, au contraire, les attaques sont très-rapprochées, surtout si elles surviennent plusieurs fois tous les jours, on doit craindre une mort prochaine. Ce pronostic est, du reste, subordonné à l'état de simplicité ou de complication de la maladie, de conservation ou de dépérissement de l'organisme. Règle générale, l'épilepsie qui dépend de l'affection organique des centres nerveux est plus promptement fatale que toute autre. On a dit que la forme de l'épilepsie qui consiste dans un simple vertige est plus dangereuse que la forme convulsive ; le fait est-il prouvé ?

« La médecine, dit Herpin, peut exercer une heureuse influence dans près des trois quarts des cas d'épilepsie.

» Elle peut en guérir la moitié, sauf quelques rechutes moins graves que la maladie primitive.

» Elle peut éloigner les accès d'une manière notable dans près de la moitié des cas qu'elle ne guérit pas, et cette amélioration se soutient si le traitement a été suivi avec quelque persévérance. » (Herpin.)

Sur 68 cas, les choses se sont passées comme il suit :

	Guéris.	Améliorés.	Rebelles.	Totaux.
Au-dessous de 100 attaques ou accès	33	6	6	45
— de 100 à 500	5	»	3	8
Au delà de 500	»	»	5	5

Il est pour l'épilepsie un critérium au moyen duquel on semble pouvoir mesurer d'avance, avec une suffisante exactitude, les chances de guérison d'un malade quelconque ; il se trouve dans le nombre total des attaques ou accès éprouvés jusqu'alors par le patient.

Chez les malades qui n'ont eu que des vertiges, si les malaises ne sont pas très-fréquents, s'ils ne durent pas depuis plus de dix années, la guérison paraît être presque constamment assurée.

Pour les attaques et accès, le pronostic est tout à fait favorable au dessous du nombre de 100.

Il est peu favorable de 100 à 500, car alors les échecs et les succès se balancent à peu près.

Le pronostic est défavorable au-dessus de 500 attaques ou accès, les guérisons ne devant être que des cas exceptionnels. (Herpin.)

§ VIII. — Traitement.

1° *Traitement des attaques.* — Lorsque l'attaque est médiocrement violente, et qu'aucun des symptômes ne se présente avec des caractères exceptionnels, débarrasser le malade de tous les vêtements qui peuvent exercer une compression nuisible, et surtout de ceux qui gênent la respiration ; le placer sur un lit, et surveiller les diverses phases de l'attaque.

Si les convulsions sont très-violentes, si surtout elles tendent à jeter le malade hors du lit, on le place dans un lit qui présente un creux assez profond au milieu ; on le maintient sans violence. Dans quelques cas, pour éviter les luxations et les fractures, attacher les membres avec des lacs assez larges. *S'il avait de la tendance à se déchirer la langue avec les dents*, insinuer entre les arcades dentaires un petit rouleau de linge ou un morceau de liége. *Si la salive mousseuse était trop abondante*, incliner a tête sur le côté pour qu'elle pût s'écouler. *Si les accidents qui annoncent la congestion cérébrale et l'asphyxie étaient évidemment trop considérables*, la saignée serait indiquée ; mais il est bien rare qu'il soit nécessaire d'y avoir recours dans une attaque de médiocre durée. Il n'en est pas de même *lorsque les attaques ont une durée très-longue ;* il résulte des observations de Calmeil, qu'en pareil cas la saignée les rend souvent plus courtes. Nous ne parlons ni des inspirations de substances excitantes, ni des lavements, ni d'autres moyens du même genre dirigés contre les attaques d'épilepsie, parce qu'il est aujourd'hui reconnu qu'on n'en retire aucun avantage réel. Il en est même qui sont dangereux : on a vu des malades à qui l'on avait fait inspirer de l'*ammoniaque* pendant un temps trop long, succomber ensuite à une inflammation des voies aériennes. *Dans les cas où il y a de très-longues attaques avec des rémissions*, saisir les moments de rémission pour administrer des calmants et des antispasmodiques.

2° *Traitement des accidents qui suivent les attaques.* — Le repos et quelques soins hygiéniques très-simples, comme un régime léger, des distractions, suffisent pour dissiper en peu de temps les faibles symptômes qui suivent immédiatement les attaques ; mais quelquefois les accidents persistent, et il faut recourir à d'autres moyens.

S'il existe un malaise général, avec excitation et céphalalgie, de grands bains et des pédiluves stimulants sont prescrits avec avantage. *Si les signes de congestion vers la tête sont plus marqués*, et s'il y a des phénomènes de pléthore, ne pas hésiter à pratiquer la *saignée générale.* On a recours aux antispasmodiques *lorsqu'il existe*

une grande susceptibilité nerveuse. Parfois le *délire furieux* qui suit les attaques est tel, qu'il faut avoir grand soin d'employer la camisole de force, car il y aurait du danger pour les malades et pour les assistants.

Traitement propre à combattre le retour de l'invasion des attaques. — Les divers excès, les écarts de régime, la vue des attaques chez d'autres malades, une vie trop sédentaire, sont des circonstances qui favorisent le retour des attaques; il faut, autant que possible, en garantir les malades. Lorsque les signes indiqués plus haut annoncent l'invasion d'une attaque, il faut d'abord rechercher s'il existe une *aura epileptica.* Dans certains cas, où une sensation particulière se manifestait d'abord dans une partie assez éloignée des centres nerveux, et principalement aux extrémités, on a réussi à empêcher l'accès en plaçant une *ligature,* en exerçant une forte *compression* entre ce point et les centres nerveux. L'*inspiration de l'ammoniaque* a aussi eu quelquefois le même résultat, et Martinet conseille l'*ingestion de cette substance dans l'estomac*, à la dose de 10 à 12 gouttes dans une potion; prendre garde d'insister trop longtemps sur les inspirations ammoniacales.

4° *Traitement curatif de la maladie.* — Le traitement curatif de l'épilepsie ressemble tellement à celui de l'hystérie, que nous pourrions presque renvoyer le lecteur à ce que nous dirons dans l'article suivant. Aussi la plupart des moyens recommandés par les auteurs sont-ils rangés parmi les *antihystériques* aussi bien que parmi les *antiépileptiques.*

Émissions sanguines. — Parmi les auteurs qui ont recommandé ce moyen, il faut citer Forthergill, Morgagni, Rivière, Sauvages. La plupart recommandent les *saignées* abondantes et répétées, soit générales, soit locales. Aujourd'hui on compte peu sur la saignée pour la guérison radicale, et l'on n'y a recours que pour combattre les symptômes de pléthore. Chez les sujets forts et vigoureux, et lorsque la maladie est récente, on est autorisé à y recourir et à insister sur son application, car on a cité des cas où cette pratique a été suivie d'un plein succès.

Antispasmodiques. — Les médicaments antispasmodiques employés dans l'épilepsie sont très-nombreux. Nous citerons en première ligne la *valériane*, très-anciennement recommandée, vantée surtout par Columna, et que, dans ces derniers temps, Gibert (1) a employée à haute dose avec succès. C'est l'extrait que prescrit ce médecin. Gairdner (2) administre la valériane à la dose de 1gr,25. On peut l'élever graduellement jusqu'à 8 grammes en poudre. Cette substance entre dans un très-grand nombre de formules. Voici celle que prescrivait Biett, et qui contient d'autres substances regardées comme efficaces contre l'épilepsie :

℞ Extrait de valériane	2gr,50	Sulfate de cuivre ammoniacal.. 1 gram.
Extrait de belladone..	2gr,00	

Faites cinquante pilules. Dose : d'abord deux, puis quatre, puis six par jour, et ainsi de suite, en surveillant les effets du médicament.

H. Chauffard, d'Avignon (3), recommande de *porter à une dose très-élevée la valériane* dans le traitement de l'épilepsie : c'est le seul moyen, selon lui, de modifier profondément le système nerveux et d'assurer le succès. Il commence par

(1) Gibert, *Rech. et observ. sur l'épilepsie* (*Revue médic.*, 1835).
(2) Gairdner, *The Edinburgh med. and surg. Journal*, 1828.
(3) Chauffard, *Œuvres de médecine pratique.* Paris, 1848, t. I, p. 744.

4 grammes par jour, et porte progressivement la dose jusqu'à 30 grammes dans les vingt-quatre heures. Herpin a élevé la dose jusqu'à 16 grammes; sur dix malades traités par cette substance, quatre seulement ont guéri.

[Dans ces dernières années un médicament nouveau, le *valérianate d'ammoniaque*, administré à la dose d'une cuillerée à café, matin et soir, dans un demi-verre d'eau sucrée, a produit de bons résultats. Nous l'avons vu, notamment, réussir dans un cas de vertiges épileptiques suivis d'accès maniaques. Le traitement, continué pendant six mois, a fait disparaître les accidents, et la guérison s'est maintenue depuis six ans. Les faits ne sont pas encore assez nombreux pour qu'il nous soit permis de formuler des conclusions exclusivement favorables; mais, du moins, nous pouvons dire que c'est un agent à essayer dans une maladie où tant d'autres ont complétement échoué. (Motet.)]

Le *musc* a aussi pour lui un certain nombre de faits heureusement terminés. On le donne à la dose de 10 grammes à 75 centigrammes.

Nous mentionnons encore le *camphre*, qui fait partie d'un certain nombre de formules; le *succin*, que Portal administrait *en poudre* à la dose de 0gr,50 à 1gr,50; l'*asa fœtida*, qui entre dans la formule suivante (Borsieri) :

℞ Asa fœtida	12 gram.	Sirop de violette...........	30 gram.
Eau de fontaine.......	190 gram.		

Dose : une ou deux cuillerées toutes les demi-heures.

Cette substance est également administrée en *lavements*.

L'*oxyde de zinc* a joui aussi d'une grande réputation. Nous rappellerons à ce sujet la préparation conseillée par Brachet contre l'*éclampsie* (1), et que ce médecin met également en usage contre l'épilepsie. Delaroche a cité des cas dans lesquels l'oxyde de zinc, à la dose de 1gr,50, a produit de bons résultats, et plusieurs autres auteurs, parmi lesquels il faut citer Rust et Guthrie, ont rapporté des cas de guérison par ce moyen.

Herpin, de Genève (2), a employé exclusivement ce médicament chez 36 malades, et il a obtenu 28 guérisons et 8 insuccès. Il le prescrivait en pilules ou en poudre, en débutant, chez les adultes, par la dose journalière de 30 à 40 centigrammes, en trois ou quatre prises, et par celle de 5 à 15 centigrammes chez les enfants; puis en augmentant chaque semaine la dose journalière de 15 à 20 centigrammes chez les premiers, de 5 à 15 grammes chez les seconds, ce médicament peut être porté à 6 grammes par jour, sans autres inconvénients que des malaises passagers; on doit le continuer après la suppression des accès, à une dose rapidement croissante pour prévenir les rechutes.

Sur dix malades traités par la poudre de la racine du sélin des marais (*Selinum palustre*, L.), à la dose journalière de 2 à 16 grammes, ce médecin a eu cinq guérisons dont trois rechutes.

Les *feuilles d'oranger*, vantées par Loche, données par Portal à la dose de 2 à 5 grammes, sont aujourd'hui généralement abandonnées.

Narcotiques. — L'*opium* est un des médicaments le plus anciennement em-

(1) Voyez, page 900, l'article consacré à cette affection.
(2) Herpin, *Du pronostic et du traitement curatif de l'épilepsie*. Paris, 1852, p. 555.

ployés; mais, comme pour les moyens précédents, nous n'avons que des cas isolés de guérison en sa faveur. Il doit être donné à dose d'abord faible, puis rapidement élevée, à moins qu'il ne survienne un narcotisme trop prononcé.

La *belladone*, recommandée par un assez grand nombre d'auteurs, et notamment par Greding, a été expérimentée avec soin par Ferrus et par Leuret. Cette substance, donnée à la dose de 20 à 90 centigrammes, et pendant un espace de temps qui a varié de quarante jours à quatre mois et demi, a diminué le nombre des attaques chez quelques sujets, a causé des accidents chez d'autres, a été complétement inefficace chez plusieurs, et n'en a guéri aucun. Nous avons vu à la Pitié l'emploi de ce moyen avoir des effets très-marqués chez un homme qui avait des attaques presque tous les jours. La dose fut graduellement portée jusqu'à cinquante-quatre pilules de 1 décigramme d'extrait de belladone chaque jour, et le malade n'avait plus d'attaques que tous les deux ou trois mois. Le médicament n'avait d'autre inconvénient que de dilater énormément les pupilles. Cette dose est beaucoup plus considérable que celles que nous venons d'indiquer, et ce fait nous apprend que, chez certains sujets, les limites ordinaires peuvent être franchies avec avantage. Peut-être pensera-t-on que le malade, malgré la surveillance, ne prenait pas toute la dose, ou que l'extrait était peu actif. Ces suppositions ne sont pas inadmissibles. [Delasiauve (1) partage cette opinion que la belladone ne modifie les accès que pour un temps souvent fort court, et que son emploi peut même être suivi de paroxysmes graves. Il considère l'administration de ce médicament comme dangereuse parfois.] C'est donc au médecin à voir jusqu'où il peut aller sans danger; mais on ne saurait trop recommander une grande prudence.

Debreyne (2) a, depuis plus de trente ans, employé la *belladone à haute dose* dans le traitement de l'épilepsie. Il cite un assez grand nombre de faits dans lesquels cette médication a eu les résultats les plus avantageux, et beaucoup d'autres médecins ont obtenu les mêmes résultats. Suivant l'auteur, ce médicament réussit dans le plus grand nombre de cas. Il faut en élever la dose graduellement. Debreyne a pu la porter progressivement jusqu'à 65 centigrammes, dans les vingt-quatre heures; mais il est bien rare qu'on soit obligé d'arriver à ce degré, et que le commencement d'effet toxique ne force pas à s'arrêter.

Citons l'emploi du *datura stramonium* (Greding, Stork, Hufeland), que l'on administre de la même manière que la belladone; de la *jusquiame*, qui fait partie de la préparation recommandée par Brachet; de la *ciguë*.

Toniques, ferrugineux. — On recommande les toniques, et principalement le *quinquina* (Tozzi, Grainger), même en l'absence de toute périodicité. Le docteur Lemontagner a cité un cas de guérison par le *sulfate de quinine* et par l'application réitérée des sangsues. Quant aux ferrugineux, on les prescrit, surtout dans le cas où l'éruption des règles est difficile, où il y a de l'*anémie* et de la *chlorose*.

Moyens divers. — Nous mentionnerons le *nitrate d'argent*, très-vanté par un grand nombre de médecins, et donné à la dose de 1 milligramme à 15 centigrammes et même 30 centigrammes dans les vingt-quatre heures. Il résulte de l'examen des principaux faits dans lesquels cette médication a été employée, qu'elle n'a eu

(1) Delasiauve, *Traité de l'épilepsie*. Paris, 1854.
(2) Debreyne, *Des vertus thérapeutiques de la belladone*. Paris, 1852, p. 19 et suiv. — *Thérapeutique appliquée*. Paris, 1850, p. 15.

d'efficacité que dans des cas exceptionnels; et d'un autre côté, ainsi que le fait remarquer Georget, on sait que le nitrate d'argent a des inconvénients réels, dont le moindre, lorsqu'on l'a employé longtemps, est de produire une teinte ardoisée de la peau, qui est affreuse à voir, qui ne se dissipe qu'au bout d'un temps très-long, ou même reste indélébile.

Le *sulfate de cuivre ammoniacal* est encore un médicament qui a joui d'une certaine vogue, et sur douze cas, Herpin a obtenu quatre cas de guérison par l'emploi de ce médicament; on l'a donné à la dose de 5 à 10 centigrammes par jour.

Nous devons citer aussi l'*indigo*, dont la dose est de 1 à 30 grammes; l'*acétate de plomb;* l'*hydrochlorate de baryte;* l'*huile de térébenthine* (1); l'*armoise*, administrée à la dose de 4 à 6 grammes (Burdach); la *pivoine;* l'*ellébore;* l'*huile de croton tiglium;* le *narcisse des prés;* le *gui de chêne;* l'*iodure de potassium* (Magendie); la *noix vomique* (2), etc., etc.

Salter et Bullar (3) ont rapporté des cas d'épilepsie très-rebelle, dans lesquels l'emploi du *cotyledon umbilicus* a eu pour effet, soit une amélioration extrêmement marquée, soit la guérison complète. Cette substance se donne sous forme de suc, à la dose de quatre à six cuillerées par jour en deux ou trois fois, ou bien à la dose de 25 centigrammes, en pilules deux ou trois fois par jour.

R. W. Evans (4) a employé avec succès, dans plusieurs cas qui avaient résisté à beaucoup d'autres moyens, la *scutellaire géniculée*, administrée comme il suit :

℞ Scutellaire géniculée.....	8 gram.	Eau bouillante............	250 gram.

Faites infuser. Dose : d'abord deux cuillerées à bouche toutes les huit heures, puis augmentez jusqu'à 60 grammes par jour.

Ce médicament, pour produire de bons effets, doit être employé au moins pendant cinq ou six mois.

Le *narcisse des prés* a été mis en usage dans un cas par Pichot (5). Ce médicament fut administré en poudre en un paquet de 3 décigrammes. On continua en augmentant de 3, puis de 6, enfin de 9 décigrammes de poudre. Après deux mois de traitement, il ne restait plus que quelques étourdissements passagers.

Aucun de ces moyens, sauf l'oxyde de zinc, entre les mains de Herpin, ne se fait remarquer par des guérisons très-nombreuses, et presque tous les auteurs finissent par avouer que, dans le plus grand nombre des cas, l'épilepsie est incurable. Chez un malade dont les accès ne duraient pas moins de trois jours, Maxwell (6) en abrégea la durée en donnant au malade le *bisulfate de quinine* de la manière suivante :

℞ Bisulfate de quinine.....	1 gram.	Eau chaude..............	100 gram.
Teinture aromatique.....	32 gram.		

(1) Foville, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1831, art. ÉPILEPSIE, t. VII, p. 415.

(2) Sidren, *Dissertatio de nuce vomica*.

(3) Salter et Bullar, *Emploi du cotyledon umbilicus dans le traitement de l'épilepsie* (*London med. Gazette*, et *Bulletin général de thérap.*, mai 1849).

(4) W. Evans, *Épilepsie. Un mot sur son traitement par la scutellaire géniculée* (*British American Journal*, et *Bulletin gén. de thérap.*, mars 1849).

(5) Pichot, *L'Observation*, février 1851.

(6) Maxwell, *The Lancet*, décembre 1851, et *Bull. gén. de thérap.*, 29 février 1852.

Moyens externes. — Les *vésicatoires,* les *moxas,* les *cautères* le long du rachis, la *cautérisation cervicale.*

Mettais (1) a, dans un certain nombre de cas, obtenu de très-bons effets de *frictions faites sur le cuir chevelu avec la pommade stibiée.* Ces frictions doivent être faites avec précautions et partiellement, de manière à n'atteindre la totalité du cuir chevelu qu'en plusieurs jours. Elles déterminent toujours une vive inflammation et des douleurs dont il faut prévenir les malades.

Lebreton (2) a employé avec succès le *cautère actuel* sur la région sincipitale dans le cas suivant. Le malade était épileptique depuis huit ans et avait une crise tous les jours. Lebreton lui appliqua sur le sommet de la tête un cautère actuel de deux lignes de diamètre; l'application dura vingt-cinq secondes, et la pression du cautère était faite de manière à ne pas intéresser toute l'épaisseur de la peau. Il revint : il n'avait pas eu un seul accès.

Il fit une seconde application du cautère actuel en suivant la direction de la suture. Il revint encore au bout de huit jours : point d'accès; nouvelle application du cautère. Cette fois, Lebreton lui dit de ne revenir qu'au bout de douze jours. Il revint; point d'accès; nouvelle application du cautère, plus superficiellement. Lebreton exigea qu'il revînt au bout de quinze jours : le malade ne croyait plus à cette nécessité, se prétendant tout à fait guéri. Le traitement avait commencé en juin; en septembre suivant la guérison paraissait solide.

Dans le cas où l'on a observé l'*aura,* on a eu recours à la cautérisation entre le point de départ et les centres nerveux. Frank a fait pratiquer la *castration* dans un cas où la maladie paraissait avoir son point de départ dans les testicules; des cicatrices douloureuses ont été cautérisées dans le même but. Si ces moyens ont eu du succès, ce n'est que dans des cas exceptionnels, et un médecin instruit et prudent doit se méfier beaucoup de ces cas étranges. (Georget.)

Si une *affection locale* étrangère aux centres nerveux paraissait être le point de départ des attaques, la traiter avec énergie. L'épilepsie symptomatique d'une affection des centres nerveux ne peut être guérie qu'en faisant disparaître cette affection. (Voyez, tome II, les articles consacrés aux maladies du CERVEAU et de la MOELLE.)

D'après une théorie particulière que nous avons jugée déjà, Marshall Hall (3) a proposé, et même a pratiqué la *trachéotomie.*

Dans les cas reconnus incurables, et ce sont de beaucoup les plus nombreux, se borner au *traitement palliatif,* qui n'est autre chose que le traitement préventif des attaques, et qui consiste surtout dans un *régime sévère* et dans des soins hygiéniques bien entendus.

Résumé. — 1° *Traitement des attaques :* Précautions nécessaires pour empêcher le malade de se blesser; combattre l'asphyxie, si elle devient imminente; saignée.

2° *Traitement des accidents qui suivent les attaques :* Saignée; antispasmodiques; calmants; contenir les malades en délire.

(1) Mettais, *Traitement de l'épilepsie par les frictions stibiées sur la tête* (*Gazette médicale de Paris*, 5 février 1848, p. 100).

(2) Lebreton, *Emploi de la cautérisation sincipitale contre l'épilepsie* (*ibid.*, 1848).

(3) Marshall Hall, *De la nature de l'épilepsie* (*Séances de l'Acad. des sciences*, 2 juin 1851, et *Union médicale*, 7 juin 1851, p. 270).

3° *Traitement propre à prévenir l'invasion et le retour des attaques :* Ligature des membres; compression, inspiration, ingestion de l'ammoniaque; régime; hygiène.

4° *Traitement curatif :* Émissions sanguines; antispasmodiques; narcotiques; toniques; ferrugineux; moyens divers; moyens externes; traitement des affections locales; traitement des maladies des centres nerveux.

Traitement proposé par Brown-Séquard (1). — Conçu d'après la théorie proposée par l'auteur, il renferme des prescriptions qui ne sont point admises jusqu'ici en France, telles que la section des nerfs; nous le donnons donc sous toutes réserves.

1. La première chose à faire dans un cas d'épilepsie, est de rechercher si l'origine est à la périphérie. Tous les organes doivent être explorés aussi complétement que possible.

2. Si l'on a la certitude que l'épilepsie a son origine à la périphérie, il faut employer des moyens propres à établir une séparation entre les centres nerveux et ce point périphérique, ou à détruire entièrement la cause de l'excitation. Il faut d'abord, autant que la région le comporte, avoir recours aux ligatures. Il arrive quelquefois, comme cela avait lieu dans un cas très-curieux rapporté par Récamier, que l'*aura* disparaît d'un endroit pour reparaître en un autre; il faut en ce cas la poursuivre et appliquer des ligatures là où elle se montre.

3. Si les ligatures ne suffisent pas, ce n'est pas une raison pour désespérer de trouver d'autres moyens de guérison. Le nerf qui anime la partie de la peau où l'*aura* prend son origine, ou les muscles qui entrent les premiers en convulsion, seront mis à nu, et l'on y appliquera de l'éther sulfurique. Si ce moyen ne suffit pas, on fera la section du nerf.

4. L'amputation d'un membre pour guérir l'épilepsie est une action barbare; il n'est besoin que de couper les nerfs.

5. Quelquefois des révulsifs violents, sétons, cautères, au voisinage de la partie où l'*aura* prend naissance, suffiront pour amener la guérison, mais ces moyens n'ont pas la même efficacité que le fer rouge.

6. Le meilleur mode de traitement de l'épilepsie paraît être l'application d'une série de moxas le long de la colonne vertébrale, et particulièrement à la racine du cou.

7. Il faut modifier la circulation dans les centres nerveux, principalement à l'aide des remèdes qui agissent sur les vaisseaux, comme la strychnine, et surtout ceux qui en amènent la contraction, comme la belladone, l'ergot de seigle.

8. La trépanation, dans les cas où une lésion du crâne l'indiquera, sera un moyen très-utile.

9. La cautérisation de la membrane muqueuse du larynx, qui a été employée avec succès dans des cas où existait un laryngisme très-marqué, est un excellent moyen, non-seulement de diminuer ou de prévenir le spasme du larynx, mais même de produire une modification dans la nutrition de la moelle allongée.

10. Un moyen trop négligé est la possibilité de transformer l'épilepsie en une fièvre intermittente, ainsi que cela résulte des faits observés par Selade,

(1) Brown-Séquard, *Researches on Epilepsy*. Boston, 1857.

Dumas, etc. La fréquence des manifestations de fièvre intermittente dans l'épilepsie, et les faits qui démontrent que les nerfs des vaisseaux sont excités dans les centres nerveux pendant l'accès de fièvre intermittente (la galvanisation des nerfs du grand sympathique cervical produit les phénomènes de la fièvre, savoir, le *frisson*, puis la *chaleur* et la *sueur*), montrent aussi qu'il y a une grande analogie entre l'épilepsie et la fièvre intermittente. Il en est de même pour l'efficacité de la ligature dans les deux maladies. La fièvre intermittente est une affection du système nerveux, cela est prouvé par un cas curieux de fracture de la colonne vertébrale dans lequel les parties paralysées demeurèrent dans leur état normal, tandis que le reste du corps présentait tous les phénomènes de la fièvre intermittente au plus haut degré (1). De ce fait et de quelques autres, nous concluons qu'il serait de la plus haute importance de tâcher de faire naître la fièvre intermittente chez les épileptiques.

11. Les moyens hygiéniques importent beaucoup au traitement, et le défaut de sommeil doit être combattu aussi énergiquement que la maladie elle-même. (Brown-Séquard.)

Quant au traitement des accès, nous ne saurions trop insister sur la nécessité de prévenir ou de diminuer l'asphyxie, car il paraît certain que la circulation du sang noir dans les centres nerveux prépare de nouveaux accès. Pour cela, le meilleur moyen sera : 1° de verser sur la face de l'eau très-froide ; 2° l'inhalatiou du chloroforme.

ARTICLE IV.

HYSTÉRIE.

C'est aux premiers temps de la médecine qu'il faut remonter pour trouver les premières indications de l'hystérie ; on la voit déjà mentionnée dans des écrits attribués à Hippocrate : mais on peut dire qu'il n'est pas d'affection qui ait donné lieu, dans l'antiquité et dans les siècles derniers, à plus d'interprétations erronées. Nous nous contenterons de dire qu'on a attribué les accès hystériques aux déplacements de l'utérus, à la difficulté de la circulation des esprits animaux, à la rétention de la liqueur spermatique, à la rétention des règles, à une vapeur s'échappant de l'utérus et envahissant les organes de la circulation ; on l'a attribuée également à une affection cérébrale ; et enfin, dans ces derniers temps, on est revenu à l'opinion qui rapporte les attaques d'hystérie à un trouble utérin, mais avec de très-grandes modifications : car personne n'admet que l'utérus se déplace en se portant çà et là dans l'abdomen, qu'il s'en échappe une vapeur maligne, etc.

Parmi les auteurs qui ont le plus fait pour l'histoire de l'hystérie, nous citerons Galien (2), qui démontra anatomiquement l'impossibilité des déplacements énormes que l'on attribuait à la matrice ; Fernel (3), à qui l'on doit cette théorie des vapeurs s'élevant de la matrice, qui a régné si longtemps, et a fait donner à cette affection le nom de *vapeurs ;* Charles Lepois, qui a le premier placé dans le cerveau le siége

(1) Knapp, *Journ. of med.*, 1851.
(2) Galien, *Œuvres médic. de Galien*, traduction de Ch. Daremberg. Paris, 1856, t. II, p. 685 : *Des lieux affectés*, liv. VI, ch. v.
(3) Fernel, *Universa medicina*, lib. VI, cap. xv : *De morbis uteri.*

de la maladie; F. Hoffmann et Pomme (1), qui ont décrit avec grand soin cette affection; Louyer-Villermay (3); Georget (4), qui a soutenu l'opinion que l'hystérie est une affection cérébrale; Foville (5), qui a défendu avec talent une opinion contraire à celle de Georget; Dubois, d'Amiens (6), qui a donné une excellente critique des travaux publiés avant lui; puis Landouzy (7), qui a réuni presque toutes les observations de quelque valeur. [Enfin, parmi les travaux les plus considérables qui aient été entrepris sur l'hystérie, nous signalerons le *Traité de l'hystérie*, de Briquet (8), livre dans lequel nous avons puisé largement].

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Les uns ne voient dans l'hystérie que des phénomènes procédant de l'utérus. Tel est Landouzy qui définit cette affection : « une névrose de l'appareil générateur de la femme, revenant par accès apyrétiques, et offrant pour symptômes principaux un sentiment pénible de strangulation, etc., et souvent des convulsions... » D'autres auteurs, sans s'expliquer sur le fond, constatent la variabilité des phénomènes de cette maladie : *Morbus simplex, sed morborum Iliada* (Rivière); — *Morbus ille aut potius morborum cohors* (Hoffmann); — *Nec Proteus lusit unquam, nec coloratus spectatur chamæleon* (Sydenham) (9).

[Dans l'impossibilité où nous sommes de donner une définition qui satisfasse à toutes les opinions, nous empruntons à Briquet, qui est de tous les auteurs actuels le plus compétent en cette matière, la définition suivante :

« L'hystérie est une névrose de l'encéphale, dont les phénomènes apparents consistent principalement dans la perturbation des actes vitaux qui servent à la manifestation des sensations affectives et des passions.

» ..... Les phénomènes hystériques ne sont souvent que la répétition plus ou moins troublée des actes par lesquels se manifestent les sensations pénibles, les affections et les passions tristes et violentes. Enfin, ces manifestations, par leur répétition fréquente, finissent par amener des lésions, soit dynamiques, soit matérielles, dans les organes à l'aide desquels elles s'opèrent, et ajoutent ainsi une nouvelle série d'accidents qui viennent compléter la scène dont se compose l'hystérie. »]

L'hystérie a été désignée par différents noms : *passio hysterica*, *hysterismus*, *spasmus*; *vapeurs*, *maux de nerfs*, *attaque de nerfs*, *hystéralgie*.

[L'hystérie offre pour symptômes principaux une sensibilité extrême du système nerveux, des hyperesthésies diverses, au milieu desquelles dominent des douleurs

(1) Hoffmann, *De affect. spasm., etc.* (*Opera omnia*).
(2) Pomme, *Traité des affections vaporeuses des deux sexes, où l'on tâche de joindre à une théorie solide une pratique sûre fondée sur des observations*. Lyon, 1760, in-12. — 5e édition, Paris, 1803, 2 vol.; supplément, 1804.
(3) Louyer-Villermay, *Traité des maladies nerveuses, etc.* Paris, 1816, 2 vol. in-8.
(4) Georget, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes. Paris, 1837, t. XVI, p. 160, art. HYSTÉRIE.
(5) Foville, *Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1833, t. X, p. 275.
(6) Dubois (d'Amiens), *Histoire philosophique de l'hypochondrie et de l'hystérie*. Paris, 1837, in-8.
(7) Landouzy, *Traité complet de l'hystérie*. Paris, 1846, in-8.
(8) Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859.
(9) Sydenham, *Opera medica*, t. I. *Dissertatio epistolaris. De affectione hysterica*. Genevæ, 1749, p. 260.

à la région épigastrique, au côté gauche du thorax, et le long de la gouttière vertébrale gauche; des anesthésies intéressant principalement la peau, les muscles et les organes des sens; des spasmes dont les plus communs sont une oppression à l'épigastre; la sensation d'un globe montant de l'estomac à la gorge, et la strangulation; enfin des convulsions qui débutent par de la constriction épigastrique, qui s'accompagnent ordinairement de perte de connaissance, et qui se terminent par des pleurs et des sanglots, symptômes qui sont sous l'influence directe des affections morales. (Briquet.)

L'hystérie est une affection extrêmement fréquente sous tous les climats et dans toutes les classes de la société. Suivant Sydenham, elle formerait la moitié des maladies chroniques des femmes. Le quart des femmes prises en général est atteint d'hystérie, et un peu plus de la moitié d'entre elles sont ou hystériques ou très-impressionnables. (Briquet.)]

1° *Causes prédisposantes.* — *Age.* — Il résulte d'un tableau dressé par Landouzy sur 351 cas, que la plus grande fréquence de l'hystérie est de quinze à vingt ans, vient ensuite celle de vingt à vingt-cinq : [pour Briquet, un cinquième des hystériques l'est devenu avant la puberté. L'époque du maximum de l'hystérie est de douze à dix-huit ans; elle comprend les deux cinquièmes des hystériques. La prédisposition va très-rapidement en croissant de douze à dix-huit ans, elle va diminuant de cet âge à vingt-cinq ans, elle est très-faible de vingt-cinq ans à quarante ans; enfin elle est presque nulle de quarante à soixante ans.

Sexe. — Si l'on s'en tenait à l'étymologie du mot *hystérie*, on serait tenté de dire que l'utérus seul donne lieu à cette maladie. L'expérience montre, en effet, que les femmes sont presque exclusivement sujettes à l'hystérie, et suivant quelques auteurs, soutenir que l'homme peut en être atteint, c'est risquer de passer pour paradoxal. Cependant l'évidence des faits doit vaincre les préjugés, et les cas d'hystérie chez l'homme cités par plusieurs auteurs et surtout par Briquet, ne laissent point de doute sur la participation de l'homme à quelques-uns des phénomènes morbides de l'hystérie.

Tempérament. — Peu d'auteurs ont échappé à la tentation d'expliquer l'hystérie par le tempérament nerveux, explication banale, pléonasme qui n'a même pas le mérite de s'appuyer sur des faits bien observés. Il est constant que ce qui prédomine chez les hystériques, comme chez la plupart des femmes, c'est le tempérament lymphatique ou lymphatico-sanguin, plus ou moins altéré par la maladie. Pour Briquet, « la prédisposition principale à l'hystérie consiste dans la facilité qu'a la femme d'être impressionnée péniblement. »

Habitation, milieu. — On ne trouve ni dans l'habitation, ni dans les conditions sociales, de raisons suffisantes de l'hystérie. En vain a-t-on prétendu que les femmes soumises à toutes les excitations factices qu'engendrent et entretiennent l'oisiveté et le luxe étaient les sujets les mieux disposés à l'hystérie. Cette assertion s'applique à certaine époque de notre histoire où les vapeurs, les attaques de nerfs vraies ou simulées, étaient de mode dans un certain monde. Aujourd'hui l'expérience quotidienne montre que l'hystérie sévit tout autant sur les femmes de la campagne que sur les femmes de la ville, et qu'elle n'est le privilége d'aucune classe de la société. La cause que l'on pourrait invoquer avec plus de raison, c'est le trouble des *facultés affectives*, qui sont si facilement mises en jeu et souvent

exaltées chez les femmes. Pour quelques auteurs, et surtout pour Briquet, les émotions morales violentes, et surtout le chagrin, sont les causes prédisposantes les plus habituelles de l'hystérie.]

Puberté. —L'hystérie est plus fréquente vers l'époque de la puberté qu'à toute autre époque de la vie. Nul doute que les changements qui s'opèrent alors dans l'appareil génital, et l'état moral qui en résulte, n'aient une grande part dans la production de la maladie. Néanmoins il faut reconnaître que la *menstruation*, à laquelle on a fait souvent jouer le principal rôle dans la maladie, n'est que rarement cause d'hystérie. Dans une statistique donnée par Briquet, chez 87 sujets l'hystérie avait paru avant l'âge de puberté, chez 156 la menstruation se faisait bien, et chez 6 l'hystérie n'avait apparu qu'après la ménopause.

L'*abus des plaisirs vénériens*, la *masturbation*, sont également rangés parmi les causes de l'affection qui nous occupe. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'on ne trouve parmi les femmes qui se livrent à la prostitution (1) qu'un très-petit nombre d'hystériques, quoique ces femmes soient dans des conditions morales en apparence très-favorables à l'apparition de la maladie. Il est donc bien difficile de faire la part de l'abus des plaisirs vénériens.

Continence. — Landouzy n'hésite pas à regarder la continence comme une cause puissante d'hystérie, et, pour lui, la continence a cette action non-seulement chez les femmes qui peuvent avoir des désirs dont elles connaissent la nature, mais encore chez des jeunes filles qui sont dans la plus parfaite ignorance. On a vu assez souvent le mariage guérir les attaques d'hystérie ; les faits de ce genre viennent à l'appui de l'opinion dont nous parlons, et que cet auteur partage avec ceux qui l'ont précédé; mais nous ne connaissons pas d'une manière exacte l'action réelle de cette cause.

On a également attribué à l'*acte de la copulation sans aucun abus* la production de l'hystérie ; mais les faits sur lesquels on s'est étayé sont beaucoup moins convaincants que ceux qu'on a invoqués en faveur des causes précédentes. Il peut arriver que le coït soit une cause déterminante de quelques attaques d'hystérie ; mais il n'en résulte pas pour cela qu'on doive le ranger parmi les causes prédisposantes lorsqu'il n'y a aucun abus.

Saisons, climats. — On a remarqué que l'hystérie est plus commune au printemps et dans l'été que dans les autres saisons, et qu'elle se montre beaucoup plus fréquemment dans les pays chauds que dans toute autre région ; mais ce sont là des résultats d'une appréciation générale.

Hérédité. — Il est quelques observations dans lesquelles l'influence de l'hérédité ne paraît pas douteuse. [Suivant Briquet, « les sujets nés de parents hystériques sont, par le fait de l'hérédité, douze fois plus prédisposés à l'hystérie que les sujets nés de parents non hystériques. La moitié des mères hystériques donnent naissance à des hystériques. Les hystériques ont 25 pour 100 de parents atteints de maladies nerveuses ou de maladies de l'encéphale. »]

2° *Causes occasionnelles.* — Les *émotions morales* de toute espèce, lorsqu'elles ont un certain degré de vivacité : ainsi les accès de colère, les transports de joie, l'émotion qu'on éprouve en apprenant une nouvelle imprévue, etc., etc. Ces causes

(1) Voy. Parent-Duchâtelet, *De la prostitution dans la ville de Paris*. Paris, 1857, t. I, p. 241.

sont non-seulement déterminantes de la maladie, mais encore excitantes des attaques. Du reste, nous n'avons point d'éléments suffisants pour déterminer le degré de leur action.

Imitation. — Son action est au moins douteuse. Landouzy rapporte sa production, dans les cas où elle s'est manifestée à la vue d'une attaque chez un autre sujet, plutôt à la frayeur éprouvée par la malade qu'à une imitation dont il est bien difficile de comprendre l'influence ; par conséquent, cette cause rentre dans celles que nous venons d'indiquer.

Aménorrhée, dysménorrhée. — La plupart des auteurs ont accordé à la suppression ou à la difficulté de l'éruption menstruelle une extrême influence sur la production de l'hystérie. Dubois (d'Amiens) a combattu cette manière de voir, et a critiqué, sous ce point de vue, les observations invoquées par les auteurs ; mais il ne faudrait pas conclure des faits peu probants qui ont été rapportés, que la cause dont il s'agit ici a été signalée à tort. Dans nombre de cas, le trouble de la menstruation a eu une influence évidente, et ce qui le prouve, c'est que, dès que la menstruation est redevenue normale, on a vu ordinairement l'hystérie disparaître.

On ne peut pas se prononcer d'une manière aussi positive relativement à la *menstruation trop abondante* ou à la *ménorrhagie ;* les faits dans lesquels cette cause s'est montrée d'une manière évidente sont très-rares.

La *menstruation normale* a une influence marquée sur la production de l'hystérie, et surtout sur l'apparition des attaques ; les faits sont nombreux dans lesquels une ou plusieurs attaques d'hystérie se montrent, soit dans le cours, soit immédiatement avant ou immédiatement après l'éruption menstruelle.

Quant à la *leucorrhée*, à la *grossesse*, à l'*accouchement*, à l'allaitement, qu'on a regardés comme des causes occasionnelles puissantes, on a exagéré au moins leur importance.

On a encore cité la *répercussion des exanthèmes*, la *suppression des flux anormaux ;* ces causes n'ont pas d'action réelle.

Altérations diverses de l'utérus. — Dans l'hystérie, les affections de l'utérus sont fréquentes et assez souvent on a vu la maladie se dissiper en même temps que l'affection utérine (Landouzy). Nous reviendrons sur ce point lorsque nous aurons à parler des lésions anatomiques.

L'influence des lésions qui ont leur siége dans d'autres parties du corps, et notamment dans l'appareil cérébro-spinal, a une importance beaucoup moins grande.

§ II. — Symptômes.

Nous distinguerons deux formes principales, qui sont la *forme convulsive* et la *forme non convulsive*, distinction qui n'est nécessaire que pour la description des accès.

Les *prodromes* sont constants ou presque constants dans l'hystérie. Sur dix-neuf cas observés par Beau (1), il n'en est pas un seul qui n'ait présenté des prodromes évidents. Landouzy (2) divise avec raison les prodromes en ceux qu pré-

(1) Beau, *Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hysterie* (*Arch. gén. de méd.*, Paris, 1836, 2e série, t. XI, p. 328).
(2) Landouzy, *loc. cit.*

cèdent l'invasion des accès et en ceux qui précèdent les accès eux-mêmes. Nous suivrons cette division.

Prodromes de l'invasion de la maladie. — Comme prodromes de l'invasion première de l'hystérie, on remarque des modifications notables dans le caractère habituel, une grande irritabilité, une mobilité d'esprit et d'humeur continuelle, des impatiences, des crampes, des inquiétudes, des fourmillements, surtout aux extrémités inférieures; un besoin incessant de s'étendre, de s'étirer, de marcher, de changer de position; des idées tristes, des pleurs ou des rires sans sujet, des rêvasseries, des rêves bizarres ou effrayants, des insomnies; tantôt des frissons vagues, tantôt une chaleur brûlante; fréquemment un froid glacial aux mains; des variations extrêmes dans l'appétit et les digestions; plus tard, des battements de cœur et des spasmes sous les moindres influences; enfin une gêne d'abord faible, puis très-pénible à la gorge, une constriction douloureuse à l'épigastre et à la poitrine, et la sensation d'une boule qui monte plutôt de la poitrine que de l'épigastre.

Il est bien difficile néanmoins, dans le cas où la crise est exempte de convulsions, de perte de connaissance ou de syncopes, d'établir des limites précises entre les phénomènes précurseurs et le paroxysme, les prodromes principaux se continuant sous forme de symptômes.

Dans d'autres cas, il existe entre les prodromes et les symptômes proprement dits un intervalle marqué ou des différences telles, qu'il est impossible de méconnaître le moment où le paroxysme commence. D'autres fois enfin les prodromes cessent sans être suivis de la crise, soit par l'heureux résultat des moyens employés, soit par l'effet d'une émotion salutaire ou d'une puissante diversion.

Prodromes des accès.—Les prodromes des accès (Landouzy) sont plus nets, mieux déterminés. Au lieu de consister principalement en des modifications de caractère, d'humeur, d'appétit, comme les prodromes d'invasion première de la maladie, ils consistent en des troubles plus tranchés. Les premiers étaient plutôt des accidents généraux; les seconds sont plutôt des accidents particuliers.

Les prodromes de l'invasion première étaient lents et insensibles; les prodromes des paroxysmes sont, en général, courts et subits.

Les premiers se confondent souvent avec le paroxysme, dont il est difficile de les distinguer; les seconds en sont plus distincts, soit qu'ils annoncent l'accès d'une manière éloignée, soit même qu'ils l'annoncent d'une manière prochaine.

Les plus fréquents parmi ces prodromes sont: la céphalalgie, et surtout la céphalalgie occipitale, les éblouissements, les mouvements involontaires des globes oculaires ou des paupières, les troubles de la vue, la tristesse, la pâleur du visage, des pandiculations, des bâillements, des tintements d'oreille, des propos incohérents, des cris, des rires et des pleurs sans motif, des éructations, la perversion de l'appétit, des battements de cœur, des sueurs subites, et plus souvent des frissons et un refroidissement général ou partiel, enfin des douleurs variées ou des fourmillements dans les membres, et quelquefois des mouvements spasmodiques ou convulsifs. (Landouzy.)

L'émission d'une urine claire et liquide, qui marque si souvent la terminaison de l'accès, a été notée aussi comme prodrome constant dans deux cas où les termes mêmes de la description ne peuvent laisser aucun doute.

L'intervalle qui sépare ces phénomènes de l'attaque est très-variable; le plus

généralement il est de quelques minutes, assez souvent de quelques secondes; quelquefois d'un ou de deux jours.

Ces phénomènes précurseurs étant variables à l'infini, comme tous les phénomènes nerveux, on chercherait en vain une relation exacte entre tel genre de prodromes et telle forme d'accès; cependant il ressort de l'observation que les frissons, les bâillements, les palpitations annoncent particulièrement la forme non convulsive, et surtout la syncope, tandis que le trouble de la vue, la céphalalgie et les spasmes légers précèdent ordinairement les accès convulsifs. (Landouzy.)

La maladie *débute* par un accès, et, par conséquent, en décrivant successivement les symptômes qui caractérisent les accès dans les deux formes que nous avons admises, nous ferons connaître la manière dont la maladie commence.

Forme convulsive.— L'accès débute ordinairement, dans cette forme, par des cris, une agitation marquée, un sentiment de constriction de l'épigastre ou un serrement de la gorge, et bientôt une chute à laquelle succèdent les convulsions.

Ces *convulsions* sont très-irrégulières; on voit les malades étendre leurs bras à droite et à gauche, agiter leurs jambes, se porter çà et là dans leur lit, se mettre tout à coup sur leur séant, et bientôt se rejeter brusquement sur le dos. Ces mouvements sont quelquefois si étendus et si violents, qu'on a beaucoup de peine à maintenir les malades dans leur lit, et que, si l'on n'y prenait garde, elles pourraient se blesser grièvement. Par moments elles s'accrochent avec force à tout ce qui les entoure, et elles serrent avec une si grande énergie, qu'on s'aperçoit que leur force est considérablement augmentée. Si l'on touche alors les muscles convulsés, on les trouve durs et saillants. On a vu des cas dans lesquels elles ont rampé avec vivacité dans toute l'étendue d'une salle; mais ces cas sont très-rares et exceptionnels, ainsi que quelques autres dans lesquels on a observé des convulsions bizarres qui ne peuvent être considérées que comme un objet de curiosité: ainsi la courbure du corps en arc, la flexion de tous les membres, des positions extraordinaires, etc. Nous en excepterons *certains mouvements du bassin* qui semblent indiquer des désirs vénériens, et qu'on a signalés comme tels, sans que néanmoins le fait soit parfaitement démontré. Des craquements des articulations se font entendre dans ces violentes convulsions; le plus souvent l'agitation des membres et les contractions rapides du tronc constituent seules ce symptôme capital de la maladie; les autres formes de convulsions ne sont que des variétés dont l'importance n'est pas très-grande.

Pendant que les malades présentent ces contractions violentes et involontaires des muscles de la vie de relation, on observe un symptôme très-important qui prouve que pareille chose se passe dans les *muscles de la vie de nutrition*. C'est la contraction ombilicale et épigastrique, et la *sensation d'un corps étranger*, d'une boule qui remonte le long de l'œsophage jusqu'à la gorge, et qui détermine un sentiment de strangulation très-pénible. Tout le monde connaît ce symptôme important, cette sensation particulière à laquelle on a donné le nom de *boule hystérique*. Chez toutes les malades qu'a interrogées Landouzy, il a constaté que cette boule était *tournoyante* pour l'abdomen et *ascendante* pour le thorax. Les malades manifestent ce symptôme, même lorsqu'elles ont perdu plus ou moins complétement connaissance, en portant vivement les mains à l'épigastre, à la gorge, et en faisant des mouvements comme pour en arracher un corps qui les menace de strangula-

tion. Quelques-unes se frappent violemment la poitrine, la compriment avec force, cherchent à s'égratigner, déchirent leurs vêtements, s'efforcent parfois de mordre, en un mot, se livrent à des violences qu'on a quelquefois peine à concevoir.

Les convulsions s'étendent ordinairement aux *yeux*. Les paupières sont habituellement fermées, quelquefois entr'ouvertes, mais presque toujours agitées d'un frémissement continuel. Le globe de l'œil est souvent le siége de mouvements plus ou moins rapides. Les autres muscles de la face sont ordinairement exempts de convulsions; cependant on a vu les mâchoires presque aussi fortement serrées que dans le trismus, et des contractions rapides traverser les joues. Les narines sont largement ouvertes. La tête est ordinairement un peu renversée en arrière.

Pendant les convulsions, la *face* est presque toujours animée, chaude et vultueuse. Chez quelques malades, elle présente seulement une rougeur assez vive aux pommettes; chez d'autres, elle est au contraire pâle et froide.

Du côté des *organes digestifs* : 1° constriction œsophagienne et pharyngienne; 2° contractions épigastriques et des *vomissements* qui se montrent dans un certain nombre de cas, et qui sont probablement dus à la contraction violente de l'estomac et du diaphragme : cet organe et les intestins se remplissent souvent de gaz, ce dont on s'assure par la palpation et la percussion, et l'on voit certaines malades rejeter brusquement ces gaz par la bouche ou par l'anus; 3° du côté de l'abdomen, des borborygmes, un gargouillement qu'on ne peut attribuer qu'aux contractions spasmodiques de l'intestin, qui font circuler rapidement les gaz et les liquides d'un point vers un autre. Si l'on examine alors l'abdomen, on trouve fréquemment à sa surface des *bosselures* qui changent de place, et qui sont dues aux contractions dont nous venons de parler; parfois il y a une véritable *tympanite*, qui peut être portée au point que le corps surnage dans le bain (Brodie). 4° Quelques observateurs, ayant cherché à introduire le doigt dans le rectum, ont trouvé que les sphincters étaient dans un état de constriction marqué, et d'autres ont observé des cas dans lesquels cette constriction était tellement forte, qu'on ne pouvait pas administrer des lavements. D'un autre côté, la convulsion s'étend au pharynx, d'où résulte une difficulté plus ou moins grande de la déglutition; et comme on observe quelquefois un *ptyalisme* continuel, on a pu, dans certaines circonstances, croire à l'existence d'une *hydrophobie*.

La *respiration* est toujours laborieuse; parfois elle est haletante, extrêmement accélérée, suspirieuse et incomplète; d'autres fois, au contraire, elle est lente, et chaque inspiration est prolongée et profonde, comme si la malade avait été privée d'air pendant un temps trop long; enfin, dans les accès les plus violents, on la trouve bruyante et stertoreuse. Chez quelques malades, on observe une toux fatigante et sèche; mais les cas de ce genre sont rares. Le sentiment de suffocation dont nous avons parlé plus haut est un phénomène constant.

La *voix*, dans les accès très-intenses, est souvent rauque, et la parole est entrecoupée. Les malades poussent parfois des cris déchirants, ou imitent ceux de certains animaux. On a cité des exemples d'*aboiement hystérique*, bien connus de tout le monde.

La *circulation* ne présente quelquefois, pour tout phénomène extraordinaire, que la lenteur du *pouls*, qui contraste avec les violents symptômes qui viennent d'être indiqués. Dans quelques cas, le pouls est petit et accéléré, et dans d'autres,

irrégulier et même intermittent ; les *battements du cœur* sont habituellement sourds et profonds, et, dans quelques cas, on a observé des *palpitations* et des battements tumultueux du cœur : ce sont ceux dans lesquels le pouls est accéléré et irrégulier. On a cité quelques *bruits anormaux* du cœur et des vaisseaux comme appartenant à l'hystérie ; mais l'observation nous apprend qu'il faut les attribuer à l'état anémique dans lequel se trouvent un certain nombre de malades.

La *syncope* est un phénomène qu'on observe assez fréquemment dans l'hystérie. Tantôt la syncope ne dure que quelques minutes, tantôt elle se prolonge pendant plusieurs heures et même pendant plusieurs jours ; elle est alors nécessairement incomplète. Il y a, dans ces derniers cas, *mort apparente*, et il est arrivé qu'on a enseveli ou qu'on a été sur le point d'ensevelir des malades dans cet état (1). La syncope peut se terminer par la mort.

Ces symptômes qu'on peut considérer comme secondaires sont : les sanglots, les soupirs, les gémissements, le *rire convulsif* et parfois même l'éternument.

Chez un certain nombre de malades, *il n'y a pas de perte de connaissance*, et il en est même qui peuvent encore répondre par moments aux questions qu'on leur adresse. Mais le plus souvent, si l'accès a un peu d'intensité, bien que les malades conservent leur connaissance, qu'elles aient la conscience de tout ce qui se fait autour d'elles, qu'elles entendent tout ce qui se dit, elles ne peuvent ni parler ni faire comprendre ce qu'elles désirent. Georget a remarqué que, dans ces cas, les convulsions sont ordinairement moins violentes que dans ceux dont nous allons parler et où l'on observe la perte de connaissance.

Cette *perte de connaissance* est complète ou incomplète. Dans le premier cas, les malades ont entièrement perdu, après l'attaque, le souvenir de tout ce qui s'est passé depuis le moment où elles sont tombées. C'est alors surtout que l'on observe le gonflement, la teinte livide de la face, l'écume à la bouche, le grincement des dents, et un degré plus ou moins marqué d'insensibilité. C'est aux cas de ce genre qu'on a donné le nom d'*hystéro-épilepsie* (2), bien que, ainsi que le fait remarquer Landouzy, il n'y ait, à proprement parler, aucun symptôme d'épilepsie. Dans d'autres cas, les malades n'ont qu'un souvenir vague de ce qui s'est passé ; mais si, pendant l'attaque, on a fortement fixé leur attention, on a pu momentanément rappeler d'une manière complète la connaissance. Ce qu'il importe surtout de noter dans ce symptôme, c'est qu'il ne survient qu'après une certaine durée de l'attaque, et ne se manifeste jamais au début même, comme dans le cas d'épilepsie. Landouzy a insisté avec raison sur ce caractère important.

On a observé aussi, pendant les attaques d'hystérie, un *délire* gai ou furieux ; on a vu des malades plongées dans une profonde *extase ;* on a cité des cas de *somnambulisme* (3) et d'autres dans lesquels les malades, même les mieux élevées, ne pouvaient s'empêcher de prononcer les paroles les plus obscènes et de proférer les plus grossiers jurements.

Nous ne parlerons pas ici de la paralysie, de la roideur tétanique, de la rétention d'urine ; ces symptômes persistent en général après les attaques.

(1) Bouchut, *Des signes de la mort*. Paris, 1849.
(2) Beau, *Recherches statistiques pour servir à l'histoire de l'épilepsie et de l'hystérie.*
(3) E. Mesmet, *Études sur le somnambulisme envisagé au point de vue pathologique* (*Archives de médecine*, 1860, 5e série, t. XV, p. 147).

Bien que, comme nous venons de le dire, il y ait des cas dans lesquels les malades présentent un degré plus ou moins marqué d'insensibilité aux excitants extérieurs, il est ordinaire de constater l'existence de *sensations douloureuses* dont elles conservent parfois le souvenir, même alors qu'elles ont paru avoir perdu complétement connaissance. Ces sensations consistent dans de vifs élancements ayant un siége variable, dans des déchirements, des tortillements, en un mot, en une très-grande variété de douleurs spontanées.

Quelques-unes disent avoir éprouvé des troubles variables du côté des *sens :* ce sont des bourdonnements, des sifflements d'oreille, des éblouissements. Mais lorsque la connaissance est conservée, ni l'ouïe ni la vue ne sont abolies; seulement, relativement à cette dernière, comme nous l'avons dit plus haut, la constriction des paupières s'oppose à la vision.

Forme non convulsive. — Les accès non convulsifs existent évidemment dans l'hystérie; ils sont même très-fréquents, et l'on ne comprend pas comment quelques auteurs, et en particulier Georget, ont pu regarder la convulsion comme le symptôme essentiel, nécessaire, de cette maladie. Chaque jour les praticiens sont à même d'observer de semblables accès, dont les phénomènes se retrouvent tous dans l'attaque convulsive.

Bien que, le plus souvent, on ait à noter la sensation d'une boule remontant du bas-ventre à l'épigastre et au cou, où elle détermine un sentiment marqué de strangulation et de suffocation (*boule hystérique*), on ne laisse pas néanmoins d'observer, dans un assez bon nombre de cas, des sensations différentes, comme un sentiment de brûlure, un froid glacial, des frémissements, des tortillements qui occupent les mêmes points et causent une vive angoisse à la malade.

Du côté des *voies digestives*, on trouve des symptômes semblables à ceux qui ont été indiqués dans les attaques convulsives (difficulté de la déglutition, vomissements, borborygmes, coliques, météorisme, etc.).

On note aussi des bouffées de chaleur au visage; la *céphalalgie* particulière des hystériques (clou hystérique), et les troubles des diverses fonctions, tels que nous les avons indiqués plus haut (palpitations, ralentissement du pouls, difficulté de la respiration, tintements d'oreille, etc.). Des *crampes* sont également observées dans quelques cas, et ce phénomène rapproche, jusqu'à un certain point, l'accès non convulsif de l'accès convulsif.

Les accès non convulsifs revêtent fréquemment les caractères que nous venons d'exposer; mais, d'une part, il est des cas dans lesquels plusieurs autres symptômes importants viennent s'y joindre, et, de l'autre, il en est qui, au contraire, ne présentent qu'un très-petit nombre de ces caractères.

Dans cette forme non convulsive peuvent survenir (1) la *perte* complète ou incomplète de *connaissance*, l'*extase*, le *somnambulisme*, les *idées délirantes*, la *syncope*, et enfin tous les autres accidents que nous étudierons plus loin (à propos des attaques convulsives dont nous avons déjà donné la description), sauf les convulsions.

Réduite, au contraire, à son minimum d'intensité, la forme non convulsive consiste uniquement dans un simple paroxysme très-long ou très-court, constitué

(1) Landouzy, *Hystérie*, p. 27.

par la seule sensation plus ou moins pénible de la boule hystérique, avec bouffées de chaleur, pleurs, anéantissement, etc. (Landouzy) (1).

Terminaison des attaques. — Il n'est pas très-rare de voir la forme convulsive succéder à la forme non convulsive, et alors, après une plus ou moins grande durée de l'état qui vient d'être décrit, on voit les malades agitées des divers mouvements involontaires que nous avons indiqués plus haut. Mais, de quelque nature que soit l'accès, qu'il y ait eu ou non des convulsions, qu'il y ait eu ou non perte de connaissance, on voit, dans un très-grand nombre de cas, apparaître des phénomènes qui annoncent la terminaison de l'attaque. Ce sont des cris, des plaintes, des gémissements, des soupirs, des éclats de rire, et surtout des *pleurs* qui se montrent dans l'immense majorité des cas.

L'excrétion d'une *urine incolore et limpide*, semblable à de l'eau, et aussi, dans quelques cas, une *excrétion utérine* ou *vaginale* plus abondante que de coutume annoncent la terminaison de l'accès. (Landouzy.)

État des malades immédiatement après l'attaque. — Pendant un temps plus ou moins long après l'accès, les malades sont dans un état d'abattement d'autant plus considérable que les phénomènes ont été plus violents. Elles éprouvent un brisement marqué des membres, et assez souvent même lorsqu'il n'y a pas eu de véritables convulsions. Leur caractère reste irritable; leurs sens sont exaltés; elles ont surtout une grande finesse de l'ouïe, et le bruit le plus léger les incommode.

La *céphalalgie* persiste ordinairement avec la forme qu'elle avait pendant l'attaque (clou hystérique); l'*intelligence* reste plus ou moins obtuse, surtout lorsqu'il y a eu perte complète de connaissance; les malades se livrent avec peine aux travaux de l'esprit; on en voit même qui ont du *délire*, comme dans les moments qui suivent une attaque d'épilepsie.

La *paralysie* d'un ou de plusieurs membres, la *paralysie de la vessie*, la *dysphagie*, etc., la *roideur tétanique*, la *perte de la sensibilité* dans une partie du corps, etc., persistent ordinairement plus ou moins longtemps après que les autres symptômes ont disparu.

Les divers phénomènes qui suivent les accès se dissipent ordinairement au bout de quelques heures, d'un ou deux jours. Cependant ils peuvent exister plus longtemps, et c'est ce qu'on remarque en particulier pour l'*aphonie*, accident qu'on ne laisse pas d'observer assez souvent à la suite des fortes attaques d'hystérie. En traitant de l'*aphonie* (1)....

État des malades dans les intervalles des attaques. — Ainsi que nous venons de le dire, les phénomènes qui succèdent aux attaques peuvent se prolonger outre mesure. Nous avons vu à la Salpêtrière une jeune fille qui, après des attaques d'hystérie qui se reproduisaient environ tous les deux mois, avait une hémiplégie qui durait au moins quinze jours, et ne se dissipait que graduellement. L'aphonie peut également se prolonger pendant un nombre de jours assez considérable, et quelquefois on est obligé de lui opposer des moyens actifs; il en est de même de la roideur tétanique. On a vu des malades conserver pendant un temps assez long une altération des facultés intellectuelles.

(1) Voy. tome II, art. APHONIE.

[*Troubles de la sensibilité.* — Outre ces symptômes, on observe souvent chez les femmes attaquées d'hystérie, alors même qu'elles sont à une époque assez éloignée des attaques, des troubles de la sensibilité. Les principaux sont l'*hyperesthésie*, l'*anesthésie* et l'*analgésie* (1).

« *Hyperesthésie.* — L'exaltation de la sensibilité générale de la peau, des muqueuses, et même des parties profondes de l'économie, porte le nom d'*hyperesthésie*. Ce phénomène diffère de la douleur en ce qu'il ne se révèle que par l'application ou le contact des excitants naturels de la sensibilité, tandis que la douleur est une sensation pénible qui se manifeste spontanément ; néanmoins ces deux manières d'être de la sensibilité ont de nombreux rapports, car, dans les points où existe de la douleur, il y a toujours une hyperesthésie notable, et réciproquement, les points hyperesthésiés sont souvent le siége de douleurs spontanées.

» Chez les malades affectées d'hyperesthésie, la peau se trouve en général dans l'état naturel sans éruption, sans trace d'inflammation. Quand on vient à la toucher, à la presser fortement, on ne détermine pas de douleur ; si, au contraire, on en effleure légèrement la surface, les malades souffrent et poussent quelquefois des cris ; la chaleur, le contact des vêtements, l'action de relever les poils contre leur direction normale, causent des douleurs excessives qui vont jusqu'à produire la syncope. Cette exaltation exquise de la sensibilité peut être comparée à celle de la peau dénudée de son épiderme.

» Les muqueuses participent quelquefois à cette exaltation du sentiment ; on ne peut pas les toucher légèrement sans causer de la douleur ; nous avons constaté ce fait à la bouche, dans les fosses nasales et l'utérus. Les organes des sens ont aussi leur hyperesthésie spéciale.

» Dans la très-grande majorité des cas, l'hyperesthésie existe indépendamment de toute affection matérielle appréciable des centres nerveux, et loin d'être un symptôme des maladies cérébro-rachidiennes, elle doit détourner le médecin de penser à une affection de cette nature.

» Les *hystériques*, soit avec, soit sans attaques, ont toutes ou presque toutes des points d'hyperesthésie ; les unes le savent et s'en plaignent, d'autres ne s'en aperçoivent pas. Cette sensibilité exagérée n'est jamais aussi étendue que l'anesthésie ; elle occupe presque toujours une surface très-étroite, et de quelques centimètres seulement : de là la dénomination de *points d'hyperesthésie*, *points douloureux*, *clou*, *œuf hystérique*, etc. Le siége en est très-variable. Depuis très-longtemps on connaît le clou hystérique siégeant à la tête, et qui est constitué tantôt par une douleur spontanée, tantôt par une douleur qui s'éveille seulement par la pression ; mais les recherches récentes ont montré que ce clou se rencontre aussi le long de la colonne vertébrale, soit sur une ou plusieurs apophyses épineuses, soit dans les muscles des gouttières dorsales ; à la base de la poitrine, au niveau des attaches des muscles grand dentelé, droit antérieur de l'abdomen (Briquet, Bezançon) ; au niveau de l'extrémité inférieure de ces derniers muscles, sur le pubis, dans les flancs, au niveau de la pointe du cœur, à l'épigastre ; en un mot, dans un grand nombre de points. Les douleurs siégent principalement au côté gauche du corps ;

(1) V. A. Racle, *Traité de diagnostic médical*, 3e édit. Paris, 1864. — Voyez aussi Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*. Paris, 1859, p. 267.

elles sont superficielles ou profondes, selon qu'elles ont leur point de départ dans la peau ou dans les muscles.

» Il arrive souvent qu'en touchant la peau on éveille non-seulement une vive douleur, mais encore une contraction convulsive et permanente des muscles sous-jacents, circonstance qui pourrait faire croire à une affection plus profonde et plus grave que celle qu'on a réellement sous les yeux.

» Cette hyperesthésie coïncide avec l'anesthésie, et l'on constate l'une et l'autre à quelques centimètres de distance ; mais leur étendue n'est pas la même, la première étant toujours plus limitée que la seconde.

» Du reste, elle varie, se déplace, revient avec une grande facilité ; il y a des jours où elle manque, d'autres où elle est exquise. En général, tout ce qui trouble le moral des malades a une grande influence sur la réapparition de l'hyperesthésie.

Anesthésie et analgésie. — Il existe deux espèces de sensibilité dans la peau et dans les membranes muqueuses voisines des orifices naturels : l'une est la sensibilité au tact, l'autre la sensibilité à la douleur. La première a pour objet de faire percevoir le contact ou les impressions de différents ordres des corps extérieurs : c'est à l'aide de cette sensibilité qu'on perçoit la résistance, la forme, la température, l'état de la surface des corps ; la seconde espèce de sensibilité est celle qui a pour but de nous faire connaître les impressions nuisibles et douloureuses produites par les différents agents qui nous entourent : c'est par elle que l'on sent la piqûre, le pincement, la torsion, etc. Ces deux espèces de sensibilité sont tellement distinctes, qu'elles peuvent être isolées.

» La peau peut perdre la sensibilité à la douleur sans perdre la propriété du toucher. On s'assure de ce fait en touchant d'abord la peau et ensuite en la piquant, la pinçant, la tiraillant, etc. ; les malades disent alors qu'ils sentent bien qu'on les touche, qu'on agit sur leur peau ; ils sentent même bien qu'on les pique et qu'on les pince, mais ils n'éprouvent aucune sensation douloureuse.

» Quand la sensibilité au tact est abolie, l'autre espèce est également détruite.

» Dans l'état morbide cette double faculté peut être diminuée ou détruite. La perte de la sensibilité au tact a reçu le nom de *paralysie de la sensibilité* ou d'*anesthésie*, celle de la sensibilité à la douleur a reçu celui d'*analgésie* (Beau). Nous décrirons simultanément ces deux paralysies.

» L'*anesthésie* proprement dite, qui a été connue de tous les temps, est beaucoup plus rare que l'analgésie, et elle a différents degrés. Quelquefois elle est absolue à tel point que les malades ne sentent absolument pas le contact des corps.

D'autres fois la sensibilité est seulement obtuse ; quand c'est aux pieds, les malades ne sentent pas bien le sol en marchant ; ils croient marcher sur du coton, sur quelque chose d'élastique ; pieds nus, ils ne distingueraient pas le carreau d'un parquet de bois. Si la paralysie siége aux mains, ils saisissent mal les objets, les lâchent croyant les serrer, n'en distinguent ni la forme ni les caractères physiques. Si l'insensibilité occupe le tronc, les jambes, les bras, on ne s'en aperçoit qu'en touchant, en pressant les parties ou en promenant les doigts légèrement à la surface, et en comparant le degré de finesse du tact avec celui du côté opposé et symétrique du corps. Mais en général la plupart des malades remarquent assez bien qu'ils sont privés de cette espèce de sensibilité, tandis qu'il n'y en a presque pas un qui remarque spontanément l'existence de l'analgésie proprement dite.

» Cette espèce de paralysie est extrêmement variable pour le siége, l'étendue, la fixité, etc.

» On appelle *analgésie* l'insensibilité à la douleur. Les malades, ainsi que nous l'avons dit, ne la remarquent pas, et par conséquent ne l'accusent presque jamais spontanément, et la plupart sont fort surpris quand on leur fait observer qu'une portion plus ou moins étendue de leur corps n'est plus impressionnable à la douleur.

» On constate l'analgésie en piquant la peau avec une épingle, en la pinçant légèrement, en la tordant, ou enfin en tirant les productions pileuses qui peuvent s'y trouver ; on peut aussi cautériser la peau, y faire naître des phlyctènes sans occasionner de douleur (Henrot) (1); pour les muqueuses, il suffit de les toucher simplement avec les doigts, avec les barbes d'une plume, etc.

» L'analgésie est souvent fort peu étendue ; nous l'avons vue limitée à un seul doigt, à une étendue de la peau qu'on pouvait couvrir avec une pièce de monnaie, de sorte qu'il faut de la patience et un examen minutieux pour la découvrir ; cependant la décroissance de la sensibilité se fait suivant certaines lois qui rendent les explorations moins difficiles. L'analgésie débute de préférence par les membres et surtout par les avant-bras ; elle est toujours plus prononcée vers leur partie postérieure qu'à leur partie antérieure, et l'on est à peu près certain de la trouver dans le premier siége quand elle existe dans le second, sans que la réciproque soit vraie cependant (Beau) ; elle est aussi fort commune sur le devant de la poitrine, à l'épigastre, mais alors on la trouve presque toujours aux avant-bras. Chez d'autres malades, l'analgésie est hémiplégique et presque constamment elle siége au côté gauche du corps (2). Il est rare qu'elle existe sur les muqueuses sans occuper une étendue plus ou moins grande de la peau. »

Les muqueuses principalement affectées sont la conjonctive, la muqueuse des fosses nasales, celles de la langue, de la vulve, du vagin, etc. ; dans ces différents siéges l'insensibilité occupe quelquefois une grande étendue, d'autres fois un seul point ; elle y est ou très-légère ou très-prononcée. On peut chez quelques hystériques, par exemple, promener le doigt à la surface d'un des yeux sans causer de douleur, tandis que celui du côté opposé demeure très-sensible ; chez d'autres, une partie de la langue peut être percée avec des épingles, déchirée, mordue, sans douleur appréciable.

Indiquée vaguement par beaucoup d'auteurs, la perte de la sensibilité dans l'hystérie n'a été étudiée complétement que dans ces derniers temps par Gendrin (1846). Dans ces premières recherches, ce symptôme est désigné sous le nom d'*anesthésie* et considéré comme un phénomène permanent et succédant aux attaques. Les recherches plus récentes, appartenant à Beau, Briquet (3), Bezançon, et un peu à tout le monde, il faut le dire, doivent modifier légèrement les résultats de Gendrin. La perte de la sensibilité dans l'hystérie est, dans la grande majorité des cas, une analgésie, et non une anesthésie, et elle n'est pas nécessairement liée aux attaques convulsives.

Il y a au moins deux formes d'hystérie : l'hystérie *convulsive* et l'hystérie *simple*,

(1) Henrot, thèse inaugurale. Paris, 1847.
(2) Briquet, *De l'anesthésie chez les hystériques* (*Union médicale*, août 1858, p. 347, 350, 365, 378, 399, 402).
(3) Briquet, *De l'anesthésie chez les hystériques* (*Union médicale*, p. 347, 350, 365, 378, 399, 402).

qui ne se traduit que par de légers spasmes, et qu'on pourrait, avec Pomme, appeler hystérie *vaporeuse*. Dans l'une et dans l'autre forme la perte de la sensibilité se remarque, et elle est parfaitement indépendante des convulsions cloniques ou attaques de nerfs. Cette perte de sensibilité consiste en une analgésie; quelquefois, mais très-rarement, il y a de l'anesthésie véritable. Les malades conservent ordinairement la sensibilité tactile, mais si on les pique, si l'on enfonce des aiguilles dans la peau, dans les muscles, elles ne ressentent pas de douleur ; les muqueuses sont aussi insensibles soit à leurs excitants naturels, soit surtout aux impressions douloureuses ; on peut promener le doigt sur la surface de la conjonctive sans que les malades en souffrent et exécutent le mouvement de clignement ; quelquefois cependant la cornée est aussi impressionnable que dans l'état naturel ; on peut titiller les fosses nasales, le conduit auditif avec une plume, sans provoquer de sensation désagréable, introduire le doigt jusqu'à l'isthme du gosier sans déterminer le vomissement ; le vagin, le rectum, l'urèthre, peuvent être devenus insensibles de la même manière ; la vessie perd quelquefois sa sensibilité spéciale, et les malades ne ressentant plus le besoin d'uriner, on est obligé de les sonder ; chez d'autres, le coït ne produit plus aucune impression agréable. Les organes des sens s'affectent également, mais moins souvent que la peau ; on observe alors une diminution de l'ouïe, du goût, de l'odorat, de la vue, diminution dont les malades ne se doutent pas ; l'affaiblissement de la vue d'un seul œil, lequel va quelquefois jusqu'à l'amaurose complète (Bezançon). L'insensibilité n'est jamais générale ; le plus souvent elle n'occupe que quelques points de la peau et des muqueuses, et presque toujours des points de la moitié gauche du corps. Dans la majorité des cas elle occupe la moitié gauche de la face et l'œil correspondant, le haut de la poitrine, l'épaule, quelquefois le bras et la main ; elle est rare au tronc et surtout aux membres inférieurs.

L'analgésie hystérique est de longue durée, permanente, mais ce dernier caractère est difficile à apprécier, parce que les malades ne se doutent pas le plus ordinairement de la perte de la sensibilité dont elles sont affectées ; elles ne s'en aperçoivent que quand elle siége aux doigts, parce qu'elles remarquent qu'elles peuvent, en cousant, se piquer impunément à une main, tandis que l'autre main est douloureusement impressionnée par l'introduction de la pointe d'une aiguille.

Ce phénomène est cependant sujet à se modifier, soit dans son siége, soit dans son étendue. Il y a des jours où les malades éprouvent plus de malaise que de coutume; on est à peu près certain de trouver alors l'analgésie plus étendue ou plus marquée que les jours précédents. Le traitement par les toniques, les opiacés et l'électricité (Briquet, Duchenne) (1), la fait disparaître aussi d'une manière lente, graduelle et quelquefois complète.

Cet accident n'empêche pas les malades de ressentir des douleurs vagues, des élancements, des névralgies dans les points insensibles eux-mêmes ou ailleurs, et de présenter tous les autres phénomènes hystériques plus ou moins prononcés.

Quand on rencontre ces phénomènes d'insensibilité chez une femme qui présente de la douleur épigastrique et dorsale, des points douloureux vagues, une céphalalgie habituelle, des syncopes, le sentiment d'étranglement à la gorge ; qui

(1) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*.

pleure, sanglote ou rit sans motif; lorsque, enfin, ces accidents succèdent à quelque émotion, à des chagrins, on peut considérer la femme comme bien et dûment hystérique (Bezançon), sans qu'il soit nécessaire d'attendre, pour se prononcer, l'apparition des attaques convulsives; et l'on ne serait nullement fondé à croire à l'existence d'une affection matérielle des centres nerveux.

Des recherches dignes d'intérêt sur l'anesthésie ont été publiées par A. Voisin (1); nous en donnons un résumé destiné à compléter l'étude précédente.

Sauf quelques exceptions, l'*anesthésie cutanée, considérée dans l'hystérie, suppose une attaque avec perte de connaissance* (Aug. Voisin). Bien que nous ne partagions pas cette opinion, il nous a semblé qu'il était nécessaire de la faire connaître pour engager les praticiens à en vérifier l'exactitude. Dans tous les cas, nous croyons devoir laisser parler l'auteur sur divers autres points qui lui fournissent l'occasion de présenter des remarques pleines de justesse et d'intérêt et que nous acceptons avec empressement.

« *Siége de l'anesthésie.* — Briquet et les auteurs qui, dans ces derniers temps, ont écrit sur l'hystérie, ont noté ce fait que la paralysie siégeait presque toujours dans le côté gauche du corps.

» Nous avons pu vérifier ce point pathologique chez dix malades, une seule faisait exception et présentait la paralysie à droite.

» Ou bien l'anesthésie est mal limitée et peut occuper la face externe des membres et surtout des avant-bras; ou bien elle occupe, plus rarement il est vrai, toute la surface cutanée; ou bien elle se localise exactement dans une moitié du corps et simule parfaitement l'insensibilité liée à une affection cérébrale organique.

» *Coexistence de l'anesthésie et de l'hyperesthésie dans une même région.* — Un autre phénomène nous semble remarquable; nous voulons parler de la coexistence dans une même région de l'anesthésie et de l'hyperesthésie.

» Cette apparente contradiction pathologique nous semble expliquée par les recherches de Briquet sur l'hyperesthésie. Ses patientes études ont démontré que l'hyperesthésie hystérique est une douleur musculaire; la sensibilité cutanée ayant son siége dans les radicules nerveuses de la peau, leur existence est indépendante l'une de l'autre, et l'on comprend que l'anesthésie cutanée et l'hyperesthésie puissent exister simultanément dans la même région. Cette différence de siége anatomique de ces deux états morbides explique encore comment Briquet peut galvaniser les régions hyperesthésiées sans provoquer de vives douleurs. La peau étant plus ou moins insensible, la malade ne ressent que peu ou point la douleur électrique.

» *Deux formes d'anesthésie.* — L'anesthésie cutanée hystérique se présente sous deux formes :

» 1° Une forme légère est celle qui suit les premières attaques; elle n'est que passagère et d'une durée de quelques heures au plus.

» 2° Une forme grave succède à des attaques réitérées, est symptomatique de l'hystérie confirmée et peut persister plusieurs années.

» L'anesthésie n'est quelquefois annoncée par aucun symptôme; cependant on a observé comme phénomènes prodromiques des fourmillements et des inquiétudes dans les membres.

(1) Aug. Voisin, *De l'anesthésie cutanée hystérique* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, Paris, 1858).

» *Étude symptomatologique de l'anesthésie cutanée.* — Nous étudierons séparément le tact passif et le tact actif : le premier comprenant toutes les sensations que nous percevons sans l'intervention de la volonté, et ayant son siége sur toute la surface de la peau ; le second, ou le toucher proprement dit, nécessitant l'intervention de mouvements volontaires dont le but est de multiplier les points de contact de la peau avec les objets extérieurs. La paume de la main est le siége de prédilection de ce tact actif.

» L'étude du tact passif au point de vue de l'hystérie comprend la pathologie des sensations de douleur, de contact et de température absolue. Nous n'étudierons pas, comme le veut Beau, la sensation de chatouillement dans le même chapitre que la sensation de douleur ; nous chercherons à démontrer que la sensation de chatouillement fait partie de la sensation de contact.

» *Sensation de douleur.* — La diminution ou l'absence de la sensation de douleur, ou l'analgésie, est le premier phénomène paralytique de l'hystérie. Beau la considère comme apparaissant toujours avant la paralysie de la sensation de contact. Son opinion a été considérée comme trop absolue par Landry, qui a cité des observations tendant à démontrer que la paralysie de la sensation de contact précède quelquefois l'analgésie.

» Quant à nous, nous avons pu confirmer l'assertion de Beau, dans tous les cas qui ont été soumis à notre observation

» L'analgésie est complète ou incomplète.

» Tout d'abord incomplète après les premières attaques, elle ne devient absolue que lorsque la maladie est déjà ancienne.

» Certaines malades atteintes d'analgésie incomplète présentent ceci de particulier, alors qu'on les pince : pendant quelques secondes, aucune douleur ; que si l'on pince plus fort, la douleur se manifeste, mais alors seulement que la pression a été très-énergique ; la sensation ne se produit qu'au summum de l'effort de celui qui pince.

» D'autres fois, la malade n'éprouve la douleur que quelques secondes après qu'on a cessé de pincer.

» Chez certaines hystériques, l'analgésie est localisée dans certains points du corps très-limité : chez l'une, c'était la conjonctive oculaire gauche ; chez une autre, un point limité de la face externe du bras gauche ; chez la plupart, l'analgésie occupe toute une moitié du corps, le plus souvent la gauche. Rarement elle existe à droite.

» Les malades sont plus ou moins insensibles aux piqûres, à l'application du pinceau électrique ; on arrive par ce dernier moyen à rougir la peau sans qu'elles en éprouvent la moindre sensation douloureuse : c'est ce qui explique, ce me semble, comment les hystériques supportent si bien la galvanisation que Briquet applique au traitement de l'hyperesthésie musculaire.

» La douleur électrique ne se produit dans certains cas que quelques secondes ou quelques minutes après les premières décharges ; dans d'autres, elle est nulle, et la seule sensation éprouvée est celle d'un simple contact.

» L'analgésie existe aussi bien dans les muqueuses qui tapissent les ouvertures naturelles. Chez la plupart de nos malades, la muqueuse de la narine gauche était insensible aux piqûres.

» Chez deux hystériques, la muqueuse de la moitié gauche de la vulve ne ressentait pas les piqûres faites avec une épingle ; la sensibilité était dans ces deux cas restée intacte en arrière de l'orifice vulvaire.

» Chez ces mêmes deux malades, la moitié droite du clitoris et le mamelon gauche étaient insensibles aux piqûres, mais la sensibilité se réveillait pendant l'érection de ces organes.

» *Sensation de contact.* — L'insensibilité du contact est regardée par Beau comme symptomatique d'une hystérie plus grave que ne l'est l'analgésie. Nous avons constaté aussi que la sensation de douleur disparaît plus tôt que la sensation de contact.

» Nous répétions sur la joue du côté paralysé l'expérience de Weber. On sait que ce savant a démontré que les deux pointes mousses d'un compas appliquées sur divers points de la surface des corps doivent présenter des écartements variables pour donner lieu à deux sensations distinctes et non à une seule. Le degré d'écartement nécessaire pour obtenir à la joue deux sensations distinctes est de cinq lignes. Si donc, avec cet écartement, la sensation perçue par la malade est simple, il y a diminution de la sensation de contact. Eh bien ! nous avons trouvé la sensation double parfaitement nette chez des malades qui présentaient l'analgésie ; ceci nous paraît donner raison à l'opinion de Beau.

» Chez certaines malades, chez lesquelles la paralysie était déjà ancienne et complète, la sensation double n'existait plus, et même elles n'avaient plus conscience du contact des corps.

» De même que l'analgésie, la paralysie de la sensation de contact est ordinairement bornée au côté gauche, quelquefois en des points limités ; plus rarement elle s'étend à toute la surface de la peau.

» La *sensation de chatouillement* nous paraît dépendre de la sensation de contact, et non pas de la sensation de douleur, ainsi que le veut Beau. Plutôt que d'admettre cette opinion, il serait plus juste de faire de la sensation de chatouillement un sens spécial, ainsi que le pensait Gerdy.

» La sensation de chatouillement peut, selon nous, naître de deux manières et se présenter, dans ces deux cas, avec de très-légères modifications :

» Ou bien elle est produite à la paume des mains, et surtout des pieds ; ou bien aux régions axillaires, nasales, auriculaires, et, chez certains individus, sur des points variables du corps.

» L'origine de la sensation varie dans les deux cas.

» Dans le premier, le chatouillement est produit par l'attouchement des nombreuses houppes nerveuses des mains et des pieds.

» Dans le second, il résulte de la titillation des poils, du duvet, et de la transmission du mouvement imprimé aux ramifications nerveuses.

» Dans un cas comme dans l'autre, il y a donc simple contact ; il n'y a de différences que dans le mode de production. Nous croyons donc pouvoir considérer le chatouillement comme une variété de la sensation de contact ; ce que nous avons dit de cette dernière s'y applique en tous points.

» *Sensation de température absolue.* — La sensation de température absolue disparaît à un degré plus avancé de l'hystérie que l'analgésie.

» Les malades sont également insensibles au froid et au chaud ; la paralysie peut

aussi n'affecter qu'une moitié du corps. Mesnet a observé une malade qui, étant dans un bain froid, ne sentait la température que d'un côté.

» On peut promener sur les parties anesthésiées des corps très-chauds sans provoquer aucune sensation. La peau rougit sans que les malades aient le moindrement conscience de ce que l'on a fait ; mais aussi il faut avoir soin de bander leurs yeux pour se mettre à l'abri de toutes chances d'erreur.

» Sans être diminuée ou abolie, la sensation de température peut être pervertie : ainsi, chez une malade observée par Landry, laquelle présentait une analgésie incomplète, l'approche d'un corps modérément chaud donnait l'idée de brûlure.

» Chez une autre, une compresse mouillée d'eau, à une température supérieure à zéro, donnait la sensation de la glace, et l'eau tiède paraissait bouillante.

» *Sensation de résistance.* — La diminution ou l'absence de la sensation de résistance est un état morbide complexe, qui suppose la diminution ou l'absence de la sensibilité musculaire et de la sensation de contact tout à la fois.

» La sensation de résistance, en effet, n'est pas éveillée par un corps léger, qui ne produit qu'une sensation de contact; l'idée de résistance suppose un corps plus ou moins lourd qui pèse sur la peau et détermine une sensation de contact et une sensation profonde, celle-ci perçue par la couche musculaire.

» Cet état morbide est rare; la sensibilité musculaire, en effet, ne disparaît que dans l'hystérie la plus grave.

» Nous avons cependant eu l'occasion d'observer un cas d'absence complète de la sensation de résistance, non plus limitée à une moitié du corps, comme on l'a déjà observé, mais s'étendant à toute la surface cutanée. La malade était dans le service de Briquet, à la Charité. Il était possible, après lui avoir bandé les yeux, de la porter hors de son lit, de la déposer sur le carreau, de la remettre dans ses couvertures, sans qu'elle eût la moindre conscience de ce déplacement.

» *Tact actif ou toucher proprement dit.* — Le toucher suppose l'intégrité de l'activité musculaire, et, d'autre part, l'association intime de l'action musculaire et des facultés intellectuelles avec les sensations tactiles.

» Il résulte de la participation nécessaire de l'activité musculaire que la paralysie du toucher existe à un degré très-avancé de l'hystérie, puisque, on le sait, les muscles résistent le plus longtemps à la paralysie.

» Le toucher, considéré en lui-même, nous fournit les notions de surface, de poids, de forme, de dimension, d'élasticité, de consistance, de température relative, de nombre, de direction, de situation des corps.

» Si l'on réfléchit à l'importance de ces données dans nos rapports avec le monde extérieur, on peut juger de l'état tout spécial des malades qui présentent une altération du toucher. Elles arrivent à ne plus prendre part aux impressions extérieures qui nous frappent, et font du toucher le sens le plus parfait, se servant d'un autre sens, le sens de la vue. Et si l'on intercepte les rayons visuels, on plonge les malades dans un état singulier que l'une nous définissait de la sorte : « Je me crois plongée dans le vide. »

» Les hystériques arrivées à cette période de la maladie peuvent bien, en effet,

(1) Mesnet, *Étude des paralysies hystériques*, thèse inaugurale. Paris, 22 janvier 1852.

alors qu'elles s'aident de la vue, se servir de leurs mains, et connaître les notions que fournit le toucher ; mais si on leur bande les yeux, le toucher est aussitôt très-imparfait, sinon aboli ; elles ne savent plus guider leurs mains et les adapter aux objets extérieurs.

» Landry a fait sur cette partie du sujet des recherches très-intéressantes.

» L'étude de la paralysie du toucher nous paraît devoir être divisée en deux parties : suivant que l'activité musculaire n'est qu'affaiblie, et suivant qu'elle est abolie complétement.

» *Dans le premier cas*, la malade peut, alors même qu'elle a les yeux bandés, avoir une des notions que fournit le toucher ; mais cette notion est imparfaite ou fausse. Ainsi, un corps très-léger semblera lourd ; la température relative et la forme des objets seront mal appréciées.

» *Dans le second cas*, la malade n'a plus aucune notion des corps qu'on lui met dans la main, de leur température relative, de leur forme, de leurs dimensions, de leur poids relatif.

» Si, au contraire, on lui laisse l'usage de la vue, elle a des objets une notion très-nette. Le sens de la vue remplace, pour ainsi dire, le toucher, ou bien la vue d'un corps en donne une certaine idée par l'entremise de la mémoire ou du jugement. »

Hystérie viscérale. — Il n'est pas douteux que les organes intérieurs expriment à leur manière l'affection nerveuse générale qui constitue l'hystérie.

Ainsi l'on voit tour à tour se manifester chez les hystériques des *vomissements*, le *hoquet*, des *coliques intestinales*, des *tympanites* considérables, la *paralysie de la vessie*, avec rétention ou avec incontinence d'urine, des *battements spasmodiques* des artères de l'abdomen, etc.

Toux hystérique. — Lasègue (1) a publié sur ce sujet un travail auquel nous empruntons les remarques suivantes :

« La toux hystérique diffère essentiellement des formes convulsives de la toux, si fréquemment observées chez les jeunes enfants ; elle ne s'accompagne pas de spasmes violents, et n'entraîne pas par conséquent les congestions, les menaces d'asphyxie, et les divers accidents consécutifs qui succèdent aux convulsions thoraciques.

» Pendant l'accès, les secousses de toux se répètent avec une telle fréquence, qu'on pourrait, à la rigueur, considérer la toux comme continue. Si la toux se suspend, c'est sous des influences variées, mais sans action possible sur la toux qui reconnaîtrait pour cause une affection de poitrine.

» Lorsque la toux procède par accès, les intervalles de repos reviennent avec une remarquable régularité, soit qu'ils aient lieu à la même heure, soit qu'ils dépendent de la position de la malade, ou d'une circonstance extérieure toujours la même et toujours agissant de la même manière.

» Quel que soit son degré de continuité, la toux cesse absolument pendant le sommeil, et se rapproche par conséquent, à ce point de vue, des convulsions choréiques. La suppression durant le sommeil est assez constante pour avoir une grande signification diagnostique.

(1) Lasègue, *De la toux hystérique* (*Actes de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1855).

» Les efforts de toux affectent un certain rhythme monotone ; ils répondent à l'expiration, et sont ou non précédés par un court chatouillement laryngé : ou la malade tousse à chaque expiration qui succède au mouvement inspirateur, ou elle fait entendre deux, trois, quatre expirations toussantes, avant de pouvoir reprendre sa respiration. Le rhythme, une fois donné, se continue presque invariablement. Il n'y a pas d'expectoration, tout au plus quelques crachats muqueux surviennent-ils accidentellement. Il n'y a pas de dyspnée dans l'intervalle ; la respiration est un peu moins profonde que d'habitude. Les grandes inspirations sont évitées, parce qu'elles rendent la toux plus incommode. L'examen physique de la poitrine ne révèle aucun signe ; peut-être, sous l'influence de la diminution de l'effort respiratoire constate-t-on que le murmure vésiculaire, moins intense, devient par places à peine distinct, pour reparaître bientôt aussi net dans les mêmes points.

» La toux hystérique peut être simple ou compliquée : à l'état de simplicité, elle ressemble assez bien à la toux que provoque l'inspiration de certains gaz, le chlore par exemple ; elle est sèche, sonore, se continue indéfiniment, sans être modifiée dans son timbre à quelque époque de la maladie qu'on la constate ; à l'état complexe, elle s'accompagne essentiellement d'enrouement, d'aphonie, de vomissements. Dans quelques cas la toux prend, dès le début, un timbre particulier ; elle ressemble au cri d'un oiseau, elle est stridente, rude, rauque, bizarre. Cette forme est très-exceptionnelle ; en tous cas, il faut se garder de confondre ces toux d'une sonorité spéciale avec les troubles vocaux signalés chez les hystériques, qu'on a comparés à des aboiements, à des miaulements, etc., qui n'ont rien de commun avec la toux (1).

» La toux hystérique, non-seulement reste identique avec elle-même pendant tout son cours, mais elle n'a pas de tendance à se transformer en d'autres formes d'hystérie ; il n'existe que peu d'exemples d'une semblable métamorphose, j'en rapporterai un plus loin.

« C'est une affection chronique, remarquable par sa ténacité, se prolongeant pendant des mois, sinon pendant des années, sans rémission, ni intermission, sans être influencée par la menstruation, par les phénomènes physiologiques ou pathologiques qui peuvent avoir lieu pendant son cours. Un seul fait que je citerai donnerait à croire qu'elle est susceptible d'affecter une forme aiguë, encore le cas est-il au moins discutable.

» Elle n'est modifiée par aucun médicament connu, à quelque ordre de médications qu'il appartienne. On verra, en parcourant les observations, que tout ce qui a été essayé l'a été sans le moindre profit. Les grandes perturbations sont aussi impuissantes que les petits modificateurs : les antispasmodiques fatiguent sans soulager. L'affection est d'une si longue durée et d'une fixité si monotone, qu'il n'est pas de malade à laquelle le temps n'ait permis de subir toutes les ressources présumées de la thérapeutique la plus inventive. Une seule fois les efforts ont paru suivis de succès ; je rapporterai en détail cette observation sans analogues. En dehors de ce fait unique, un seul moyen a réussi : c'est le changement de lieu ! Sous ce rapport, la toux hystérique se rapproche de la coqueluche, qui est si souvent

(1) Voy. Itard, *Mémoire sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix* (*Archives gén. de méd.*, 1825, 1re série, t. VIII, p. 385).

modifiée par les voyages, comme elle se rapprochait de la chorée par la suspension durant le sommeil.

» La toux hystérique guérit subitement, sans que rien ait fait prévoir cette heureuse et soudaine terminaison, ou elle diminue insensiblement et finit par disparaître à la longue. De quelque manière que se soit opérée la guérison, elle est sujette à des récidives, et reparaît le plus ordinairement sans cause appréciable, à de plus ou moins longs intervalles.

» Elle affecte ordinairement les femmes ; on ne l'a jamais observée passé l'âge de vingt-cinq ans.

» Elle ne semble pas, malgré la remarque de Sydenham, plus propre à une catégorie d'hystériques qu'à une autre. S'il arrive souvent qu'un simple rhume en soit l'origine, les individus qui en sont affectés n'y étaient pas prédestinés par une disposition exceptionnelle aux catarrhes bronchiques ou à d'autres affections pulmonaires.

» Les jeunes malades ont eu antérieurement des attaques d'hystérie ou en sont restées exemptes ; en tout cas, l'ensemble de leur santé présente les caractères de la constitution hystérique.

» De même que la toux hystérique ne se transforme pas *habituellement* en une autre forme d'hystérie, de même elle n'est pas le début insidieux de maladies organiques de la poitrine. On trouve dans la science une ou deux thèses dont les auteurs ont essayé d'établir une relation entre l'hystérie et la phthisie. Les prodromes de la tuberculisation sont, il est vrai, annoncés quelquefois par des troubles étranges de la santé, qu'à la rigueur on classerait parmi les désordres hystériques ; mais, en admettant l'exactitude de cette analogie, il est remarquable que la toux ne figure pas parmi ces antécédents hystériformes.

» Malgré sa persistance, la toux hystérique n'a, en général, qu'un assez faible retentissement dans l'économie. L'appétit est presque toujours diminué ; les fonctions digestives perdent de leur activité ; les malades maigrissent ou au moins pâlissent ; elles sont incapables de supporter la fatigue, et se plaignent de quelques douleurs plutôt gênantes que vives dans les parois de la poitrine. A quelque degré que soit porté le malaise général, il n'est jamais de nature à entraîner une terminaison fatale. » (Lasègue.)]

§ III. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est variable. Mais comment ces accès se succèdent-ils ? Comment augmentent-ils d'intensité ? Comment décroissent-ils ?

Les accès diffèrent d'une *attaque* d'hystérie en ce que celle-ci peut être constituée par plusieurs de ces accès. Dans certains cas, il n'y a qu'un accès ; dans d'autres, il y en a trois, quatre, dix, douze, soixante et plus. Les intervalles de ces accès laissent observer des troubles nerveux variables ; ils sont plus ou moins longs (quelques minutes, une demi-heure, rarement plus), d'où il résulte que la durée des attaques est très-variable (une ou deux heures, et jusqu'à vingt et quarante jours).

Il est des cas où, dès les premiers accès, l'hystérie a atteint son summum d'intensité, et dans ces cas elle se manifeste tout d'abord avec le caractère convulsif (Landouzy). D'autres fois elle commence par de légers troubles nerveux, par des

accès peu appréciables, puis elle va en augmentant d'intensité, et les phénomènes deviennent de plus en plus tranchés et nombreux. En pareil cas, on voit la maladie se produire par des accès non convulsifs, et il arrive ensuite ou que les accès continuent à présenter, pendant tout le cours de l'affection, ce caractère non convulsif, ou, ce qui est plus fréquent, que les convulsions viennent, à une époque plus ou moins éloignée du début, se joindre aux autres symptômes.

Dans ces deux modes, la maladie suit un cours à peu près déterminé, de telle sorte qu'on peut fréquemment prévoir la venue des accès.

Dans certains cas, la marche est tout à fait irrégulière et semble dépendre uniquement des causes excitantes ; tant qu'on réussit à éloigner celles-ci, on ne voit pas les accès apparaître, et cette apparition est, par conséquent, aussi imprévue que les causes déterminantes dont il s'agit. (Landouzy.)

Périodicité. — Elle est de deux sortes. Dans la première, on voit la maladie se produire avec une certaine régularité, à des intervalles assez éloignés, et principalement lors de l'éruption des règles ; dans la seconde, il s'agit d'une périodicité semblable à celle des fièvres intermittentes : ainsi on voit l'hystérie affecter le type quotidien, le type tierce, etc. L'accès revient régulièrement à la même heure, dure quelques heures, et se dissipe à peu près au même moment de la journée. Est-ce là une *fièvre intermittente hystérique?* La plupart des auteurs l'ont pensé ; mais suivant Landouzy, il n'y aurait, en pareil cas, autre chose que des accès de fièvre intermittente pernicieuse ou non, dans le cours desquels surviendrait une attaque d'hystérie qui en serait indépendante. Cette manière de voir ne nous paraît pas applicable, à beaucoup près, à tous les cas, et nous ne trouvons pas que l'auteur que nous venons de citer en ait démontré l'exactitude. Lorsqu'on voit, par exemple, des accès d'hystérie se produire sans accélération du pouls, tous les jours, à la même heure, et céder au sulfate de quinine pour ne plus revenir, nous ne concevons pas qu'on puisse trouver, dans des cas semblables, autre chose qu'une de ces fièvres larvées qui prennent les formes les plus variées. N'est-ce pas de cette manière que se produisent les névralgies intermittentes, et a-t-on jamais songé à regarder les cas où il en est ainsi comme de simples fièvres intermittentes, pendant lesquelles il y a un accès de névralgie indépendant de la fièvre? En présence des faits cités par Landouzy lui-même, nous croyons donc qu'il est impossible de ne pas admettre cette forme de l'hystérie, ce qui est très-important pour le traitement.

Parmi les causes auxquelles on a attribué une influence sur la marche de l'hystérie, on ne doit guère tenir compte que de la grossesse, qui, d'après les faits connus, suspend quelquefois les attaques, mais plus souvent les rend plus violentes et plus fréquentes.

Les *affections intercurrentes*, lorsqu'elles ont une certaine intensité, ont une influence marquée sur la marche de la maladie. Les maladies aiguës la suspendent ordinairement, et il en est de même de la terminaison des maladies chroniques, lorsque l'organisme est profondément débilité. Quant aux *complications*, on ne les trouve guère que parmi les maladies cérébrales et les autres névroses.

La *durée* de la maladie est on ne peut plus variable. Elle dépend, dans un grand nombre de cas, de la persistance ou de la disparition de la cause qui a produit l'hystérie. Cette affection se prolonge quelquefois pendant toute l'existence.

La première apparition des règles, le coït, le rétablissement de la menstruation plus ou moins troublée, sont des circonstances dans lesquelles on voit la maladie se terminer souvent d'une manière favorable; mais cette *terminaison* s'observe bien plus fréquemment encore à l'*âge critique.* Quelquefois l'affection cesse brusquement après un accès; mais il est bien plus fréquent de voir les accès diminuer d'intensité, les intervalles s'éloigner, et l'affection disparaître graduellement. Il est extrêmement rare de voir cette maladie se terminer par la mort. Cependant on en a cité quelques exemples, et l'on conçoit très-bien qu'une syncope très-prolongée, comme celles dont nous avons parlé plus haut, puisse avoir ce résultat. Il y a des cas dans lesquels l'affection s'est terminée par l'épilepsie, par la catalepsie, ou par une aliénation mentale.

§ IV. — De la folie hystérique.

[Tous les médecins qui se sont occupés de l'hystérie ont signalé les troubles de l'intelligence dans cette névrose ; mais il faut arriver jusqu'à la période moderne pour trouver une appréciation exacte de l'état mental dans l'hystérie. En effet, ce que les anciens auteurs ont décrit sous le nom de *manie hystérique*, ce sont des accès passagers de délire, phénomènes essentiellement fugaces, et qui, chez certains malades, ont remplacé la convulsion, ou l'ont immédiatement suivie. Mais on peut dire que la folie leur avait échappé, et que cette manifestation resta pour eux perdue au milieu des formes diverses de l'aliénation. Cette confusion était regrettable ; car méconnaître la nature de l'affection, c'était méconnaître ses indications. Il était difficile d'ailleurs que l'erreur fût évitée, tant que régnèrent les théories humorales, tant que les préjugés, la superstition, la croyance au surnaturel, exercèrent leur empire, tant que les médecins eux-mêmes partagèrent l'opinion du public, et admirent l'intervention des puissances occultes. Nous n'avons pas à faire ici l'histoire des épidémies qui sévirent dans les couvents, des convulsionnaires de Saint-Médard, et des prétendues possédées de Morzine, nous renvoyons pour tous ces détails à l'ouvrage de Calmeil (1). Ce que nous voulons, c'est justifier la dénomination de *folie hystérique*, et démontrer qu'il existe un genre à part, empruntant à la névrose des caractères qui permettent de le distinguer et de le séparer des autres aliénations mentales.

Nous ne pouvons passer sous silence les modifications du caractère et des habitudes de l'hystérique : c'est le premier degré d'un état plus complexe, ce n'est pas la folie, c'est une exagération de la sensibilité morale, une mobilité extrême de l'imagination exaltée, déterminant tantôt des enthousiasmes irréfléchis, tantôt de longues tristesses sans motifs appréciables. « Chez les sujets hystériques (2) le sommeil est rarement profond et continu ; souvent il est difficile et impossible, incomplet, troublé par des rêves pénibles, interrompu par des réveils en sursaut. La plupart sont mélancoliques, solitaires, portés aux idées noires, quelquefois avec désirs vagues du suicide ; quelques-uns sont d'une gaieté extrême, et rient sans cesse pour des causes légères, ou sans savoir pourquoi ; d'autres sont tourmentés par des envies de pleurer, etc. » Ajoutons une disposition remarquable aux inven-

(1) Calmeil, *De la folie considérée sous le point de vue pathologique, philosophique, historique et judiciaire.* Paris, 1845, t. I, p. 83 et suiv.
(2) Georget, *Dictionnaire de médecine* en 30 volumes, t. XVI, art. HYSTÉRIE.

tions romanesques, parfois une excitation érotique très-manifeste, et des impulsions souvent irrésistibles. Nous ne nous étendrons pas davantage sur ce premier degré qui a plus d'un point d'analogie avec l'état nerveux proprement dit.

Briquet, dans son livre, a signalé un second degré qui n'est pas non plus la folie, mais qui établit la transition entre les troubles intellectuels du premier degré et l'aberration complète des idées et des sentiments qui constituent l'aliénation mentale. Le délire appartient à l'attaque, en remplit pour ainsi dire l'une des phases et disparaît quand le calme revient. « Pendant les convulsions (1), les malades sont souvent prises d'un délire plus ou moins vif, et qui a généralement une manière d'être toute spéciale. A l'inverse du délire fébrile, qui se compose ordinairement de paroles sans suite, d'idées décousues toutes de la création des malades, le délire des attaques hystériques n'est que la reproduction des actes intellectuels qui sont habituels aux malades, ou de ceux qui résultent des sensations qui les ont frappées hors le temps des attaques. Ce délai est à peu près comme celui que provoquent l'impression du chloroforme ou le *delirium tremens.* Il est toujours bruyant, très-agité, et rarement incohérent. Il a généralement rapport, soit à des scènes auxquelles la malade se croit présente ou auxquelles elle se reporte, soit aux pensées qui l'occupent habituellement, ou qui l'ont beaucoup frappée, il faut le considérer comme une sorte de rêve. » Nous avons constaté plus d'une fois nous-même l'exaltation de l'intelligence et l'exquise perfection des sens pendant cette période. Une jeune fille âgée de quinze ans, dont la maladie avait débuté à la suite d'une scène violente qui lui avait causé une profonde terreur, avait pendant ses attaques une activité surprenante de la mémoire musicale. Elle chantait des airs entiers d'un opéra-comique qu'elle n'avait entendu qu'une fois, et dont, à l'état normal, elle ne conservait qu'un souvenir confus ; d'autres acquièrent une étonnante facilité d'élocution, une perspicacité qui, pour quelques-unes, est allée si loin, qu'on leur a reconnu, dans leur entourage du moins, le don de prophétie. L'ouïe, l'odorat, la vue même participent à cette exaltation. Briquet a vu, ce que nous avons constaté aussi, ces accès se terminer comme tous les autres par des rires ou des pleurs, et ce qui est plus remarquable, et devient une source de difficultés de diagnostic, par une période de sommeil qui dure quelques instants. « D'autres fois, chez un petit nombre de malades, il reste un état de délire et de rêvasserie pendant lequel les hystériques font des choses déraisonnables, etc. »

La folie hystérique se présente sous des aspects divers. On y trouve tantôt l'*exaltation maniaque*, tantôt la *dépression mélancolique*, tantôt le *délire partiel*, avec prédominance d'idées de persécutions, de possession démoniaque, etc.

État maniaque. — A ne voir que les manifestations extérieures, on ne pourrait établir les différences entre la manie hystérique et la manie simple : les malades offrent dans les deux cas la même agitation ; elles se roulent à terre, crient, chantent, brisent ce qui tombe sous leurs mains. Elles ont peu de sommeil, des appétits capricieux ; elles affectent les postures les plus bizarres, souvent provocantes, et il est assez commun de rencontrer chez elles du délire érotique. Mais si l'on examine l'intelligence, on s'aperçoit le plus souvent, au milieu de ce chaos d'idées qui se pressent avec une effrayante rapidité, qu'il y a une foule d'appréciations nettes,

(1) Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie.* Paris, 1859, p. 362.

de réponses d'une justesse et parfois même d'une finesse étonnantes. Ces malades que rien ne retient plus expriment leur opinion avec une liberté de langage dont on ne saurait se faire une idée : elles voient tout et elles conservent le souvenir de ce qu'elles ont vu. Elles ont d'irrésistibles impulsions qu'elles savent très-bien mauvaises, mais auxquelles elles cèdent ; elles font le mal avec une véritable satisfaction, et les reproches qu'on leur adresse sont éloignés par elles, sous le prétexte qu'elles sont malades, qu'elles ne savent pas ce qu'elles font. Nous avons vu de ces hystériques chez lesquelles l'attention était jusqu'à un certain point facile à fixer, et qui témoignaient pour leur famille, pour leurs amis, les sentiments les plus affectueux ; seulement leur mobilité est si grande, que tout en parlant elles ne tiennent pas en place, elles cherchent à saisir un chiffon, un brin d'herbe ; elles s'enfuient pour revenir près du médecin un instant après ; elles demandent sans cesse un objet ou un autre, et si on le leur présente, elles n'en veulent plus.

Dans cet état on constate quelquefois la grande convulsion hystérique ; mais il est bien plus fréquent de ne voir que des accidents partiels : spasmes, palpitations, hoquets ou sanglots. La sensibilité présente les mêmes troubles, les points anesthésiques sont les mêmes aussi que dans l'hystérie convulsive ; nous n'avons rien noté de particulier à cet égard.

L'*état mélancolique* est moins commun, mais nous l'avons cependant constaté aussi. Les hallucinations semblent être, dans la grande majorité des cas, le phénomène initial. Des voix accusatrices répétant à chaque instant des injures, fatiguent la malade par leur persistance ; cela arrive rapidement à un état d'insupportable anxiété ; elle est toute tremblante, la physionomie exprime la plus vive inquiétude, et l'on en a vu chercher par le suicide à échapper à leurs préoccupations. Ont-elles un moment de répit, elles déplorent leur triste situation ; elles ne s'expliquent pas comment elles peuvent être ainsi, elles redoutent de voir revenir les troubles intellectuels dont elles souffrent. Elles ont, au début, des périodes de rémission qui font espérer que les accidents vont disparaître, et tout d'un coup, sans causes appréciables, elles sont reprises de leurs terreurs. Le délire se caractérise alors de plus en plus, il se formule, il se rapproche alors du délire mélancolique habituel, mais il en diffère toujours par l'existence des périodes de rémission dont nous venons de parler. Quoi qu'il en soit, le délire mélancolique généralisé est très-rare ; ce que l'on constate le plus communément, c'est le *délire partiel* avec prédominance de certaines idées sous la forme de préoccupations hypochondriaques, d'idées de possession, ou bien encore sous la forme de délire érotique avec un degré marqué d'exaltation maniaque. Ce que nous avons déjà dit des délires partiels (page 655), nous pouvons le redire ici. Leur ténacité, les impulsions qui les accompagnent, sont de fâcheuses conditions. Les idées hypochondriaques surtout indiquent une lésion profonde du système nerveux. Quant aux impulsions irrésistibles, elles ne se présentent pas avec le caractère brutal et aveugle des impulsions des épileptiques, mais lorsqu'elles se montrent isolées chez des femmes dont la raison est saine en apparence, elles deviennent, pour la famille, pour l'entourage, l'occasion de difficultés de tout genre. Nous ne saurions entrer ici dans de grands détails, qu'il nous suffise de dire que la vie de famille devient impossible avec de telles malades ; qu'il n'est pas de calomnies qu'elles n'inventent, qu'elles ne fassent même accepter pendant un temps, si grande est leur dissimulation, leur adresse. Quand le délire prend le

caractère érotique, il est tantôt romanesque, tantôt provoquant; le fait le plus important, celui sur lequel nous devons insister, c'est la mobilité extrême de toutes ces malades, c'est aussi le degré insolite de conservation, d'activité de l'intelligence, au milieu d'un désordre énorme, par moments, des sentiments et des idées. C'est encore à cette forme de la folie hystérique, aux impulsions irrésistibles, que nous devons rattacher ce besoin de pousser des cris, de prononcer des mots obscènes. Les malades, malgré tous leurs efforts, ne sauraient s'empêcher, n'importe où elles se trouvent, de répéter les mots les plus grossiers, et nous en avons vu qui, conservant la notion parfaite des convenances sociales, étaient extrêmement malheureuses de ne se pouvoir contenir, et se condamnaient à la solitude pour ne pas rendre leurs amis témoins d'actes qu'elles déploraient (1).

La folie hystérique peut se présenter sous forme épidémique. Dans ce cas, l'exaltation du sentiment, du merveilleux, le mysticisme, en sont le plus souvent le point de départ. Nous ne ferons que rappeler les épidémies si connues et dont Calmeil a retracé l'histoire, celle plus récente de Morzines, dans le département de la Haute-Savoie, où cette fois on n'a brûlé personne, mais où de sages mesures administratives ont rapidement ramené le calme au milieu de toute une population (2).

Le *pronostic* de la folie hystérique est favorable pour les formes maniaque et mélancolique. Il cesse de l'être d'une manière aussi absolue pour les formes du délire partiel. Si la démence en est moins souvent la conséquence que dans l'aliénation mentale commune, la chronicité, le retour des accès par paroxysmes, ou bien seulement la perversion habituelle des sentiments, des idées, rendent ces malades insupportables pour tout ce qui les entoure, et obligent à prendre vis-à-vis d'elles les plus minutieuses précautions de surveillance.

Le traitement, à part l'isolement qui n'eut jamais d'indication plus formelle, étant le même que celui de l'hystérie en général, nous en ferons l'exposé plus loin (voyez page 957). (Motet.)]

§ V. — Lésions anatomiques.

Sur trente-neuf cas, on a noté trois fois seulement des lésions encéphaliques, trois fois des altérations de l'appareil respiratoire, et vingt-neuf fois des lésions de l'utérus ou de ses annexes (Landouzy). Si nous consultons les observations dans lesquelles les lésions utérines ont été constatées pendant la vie, nous voyons qu'on a trouvé ces lésions vingt-six fois sur vingt-sept cas, c'est-à-dire dans la presque totatité. Cette proportion est si remarquable, qu'on doit y voir, avec Landouzy, plus qu'une présomption en faveur de la *localisation de la maladie dans l'appareil générateur*. Toutefois il ne faudrait pas regarder cette affection comme une conséquence directe des lésions dont l'utérus ou ses annexes sont le siége; il suffit d'un simple trouble nerveux des organes génitaux pour produire l'hystérie; et la preuve, c'est que dans un certain nombre de cas, on ne trouve absolument aucune lésion appréciable à nos sens. Ces lésions, souvent profondes, doivent avoir une influence notable sur l'influx nerveux, et de là celle qu'elles ont sur la production de la névrose. De cette manière se trouve jugée cette question en litige que nous

(1) Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, p. 321.
(2) A. Constans, *Relation sur une épidémie d'hystéro-démonopathie en* 1861.

avons signalée plus haut, savoir : si l'hystérie est une affection cérébrale, ou si elle est dépendante d'une lésion utérine.

Les lésions dans les organes génitaux de la femme sont très-variables ; on a mentionné parmi elles presque toutes celles qui peuvent affecter ces organes, depuis l'inflammation simple jusqu'à la désorganisation la plus profonde.

Hystérie chez l'homme. — Landouzy trouve une trentaine de cas, dont quinze doivent être éliminés tout d'abord, parce qu'ils sont réduits à une simple énonciation ou dépourvus des détails les plus importants ; puis l'auteur en met de côté un bon nombre dans lesquels il y a eu erreur de diagnostic ou dans lesquels le défaut de précision ne permet pas de porter un diagnostic rigoureux, et il n'en trouve, en définitive, que quatre (rapportés par F. Hoffmann, Breschet et Mahot et Aligre) qui méritent un examen sérieux. Or, dans ces cas, bien que les symptômes aient une très-grande analogie avec ceux de l'hystérie, on n'observe ni la miction abondante et claire après l'accès, ni les pandiculations et les pleurs sans motifs, ni « cette susceptibilité nerveuse, cette mobilité particulière, qui constituent, en dehors des crises, l'habitude hystérique. »

Ces différences sont-elles suffisantes pour faire rejeter les faits d'hystérie chez l'homme ? C'est ce qui paraîtra peut-être douteux : que prouveraient ces faits, si ce n'est que, dans quelques circonstances rares, les organes génitaux de l'homme peuvent être affectés de la même manière que ceux de la femme dans l'hystérie ?

Desterne (1) a cité un cas très-curieux d'hystérie revenant à des intervalles variables, sous forme d'attaques bien caractérisées, *chez un jeune homme* de vingt-cinq ans, et nous avons vu nous-même un exemple semblable chez un jeune homme d'une vingtaine d'années.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Les affections avec lesquelles on peut confondre l'hystérie dans quelques cas, sont l'*épilepsie* et l'*éclampsie*. Quant à la *catalepsie*, ce n'est que dans des circonstances fort rares qu'on peut être embarrassé ; nous les indiquerons dans un autre article. On a prétendu que l'hystérie peut être confondue avec l'*hypochondrie ;* mais il n'en est rien. Les sensations des hypochondriaques diffèrent de celles des hystériques autant par leur nature que par la manière dont les malades les accusent.

TABLEAU SYNOPTIQUE DU DIAGNOSTIC (Landouzy).

HYSTÉRIE.	ÉPILEPSIE.
Presque exclusive *au sexe féminin*.	Affecte *les deux sexes* également.
Ne se manifeste *jamais avant les approches de la puberté*.	Très-souvent *congénitale*.
Causée le plus généralement *par des émotions affectives ou des troubles organiques* du système génital.	*Par des émotions brusques*, violentes, ou par des *lésions de l'encéphale*.
Nulle influence des révolutions lunaires.	*Influence incontestable* (?).
Influence *marquée* des périodes menstruelles.	Influence *beaucoup moindre*.

(1) Desterne, *De l'hystérie chez l'homme, du traitement, du paroxysme hystérique par le chloroforme* (*Union méd.*, 28 septembre 1848, p. 455).

HYSTÉRIE.	EPILEPSIE.
Union sexuelle *le plus souvent favorable* à la guérison.	*Le plus souvent nuisible.*
Céphalalgie *purement accidentelle.*	*Habituelle.*
Première invasion de la maladie, *précédée souvent d'une surexcitation nerveuse* spéciale.	*Instantanée.*
Prodromes *constants, plus ou moins éloignés.*	*Nuls ou très-prochains.*
Puissance de la volonté *assez grande pour ralentir l'invasion de l'accès* et pour permettre aux malades de choisir jusqu'à un certain point un endroit convenable pour le temps de l'accès.	Quels que soient le lieu ou les circonstances dans lesquels se trouvent les malades, *ils tombent subitement sans pouvoir retarder la crise d'une seconde.*
Accès *précédé ou accompagné de constriction à la gorge ou du globe hystérique.*	*Aucun phénomène qui puisse simuler ces sensations.*
Cris plaintifs, bizarres, comme articulés, plutôt *à la fin de l'attaque* qu'au commencement ; pleurs, rires sans motifs.	*Cri unique* de surprise *au moment de l'attaque.*
Accès *beaucoup plus fréquents le jour* que la nuit.	*Aussi fréquents la nuit* que le jour.
Perte de connaissance *incomplète en général ; jamais primitive* lorsqu'elle est complète.	*Toujours complète*, profonde et *immédiate.*
Sensibilité *conservée en tout ou en partie*, souvent augmentée, *anéantie seulement dans le cas de complications*, et jamais d'une manière immédiate.	*Toujours complétement et immédiatement anéantie.*
Mouvements convulsifs, *étendus*, rapides, également faciles dans l'extension et dans la flexion, toujours *égaux de chaque côté* du corps, excepté lorsqu'il y a complication de catalepsie, d'épilepsie ou de paralysie.	*Peu étendus*, roides, saccadés, toniques, tétaniques, *toujours plus prononcés d'un côté du corps que de l'autre ;* doigts rétractés, fléchis sur le pouce.
Physionomie *à peine altérée.*	Face *tuméfiée, violacée, toujours livide.*
Salive écumeuse *très-rare.*	Bave écumeuse, *constante, excepté dans les accès très-courts.*
Les accès *durent rarement moins d'une demi-heure*, presque toujours plus longtemps.	Les plus longs ne *dépassent guère dix minutes* (1).
En proportion à peu près égale, simples et composés.	*Bien plus souvent simples* que composés.
L'accès terminé, l'*intelligence reprend son empire.* Il y a quelquefois perversion, souvent exaltation, mais *jamais collapsus des facultés intellectuelles.*	Après l'accès, *état comateux*, sommeil lourd et fatigant. Si la maladie se prolonge, la mémoire s'affaiblit, *les facultés physiques et intellectuelles s'altèrent.*
Cette perversion et cette exaltation peuvent aller jusqu'à la manie, mais *jamais jusqu'à la démence.*	Cette altération va souvent *jusqu'à la démence.*
L'hystérie *peut exister sans accès.*	L'épilepsie *n'existe pas sans accès.*

Quelques-unes des propositions que contient ce tableau sont contestables ou peu précises. Il n'est pas parfaitement démontré que l'hystérie soit exclusive au sexe féminin. On ne peut pas dire que cette affection est très-souvent congénitale ; l'influence des révolutions lunaires est une croyance sans fondement réel ; les attaques d'épilepsie ont lieu *plus souvent la nuit que le jour*, ce qui rend le contraste plus frappant encore. Certains épileptiques sont saisis d'un délire violent et parfois furieux, ce qui les rend très-dangereux, ce qu'on n'observe pas dans l'hystérie.

(1) Sans doute on voit des accès hystériques durer moins d'une minute (nous en avons rapporté des exemples), et des accès épileptiques durer plusieurs heures ; mais ces cas font exception à la règle générale.

Mais il est des cas où les choses ne se passent pas d'une manière aussi simple, et tels sont ceux auxquels on a donné le nom d'*hystéro-épilepsie* (1). Dans ces cas, on peut observer l'écume à la bouche, la flexion du pouce dans la paume de la main, la perte rapide de connaissance, l'anéantissement de la sensibilité. Alors le diagnostic devient un peu plus difficile ; mais il est encore permis de le porter avec sûreté si l'on a égard à l'invasion de la maladie, aux convulsions cloniques de l'hystérie et toniques de l'épilepsie, et surtout à la sensation de la boule hystérique, au sentiment de strangulation qu'éprouvent les malades.

L'*éclampsie* a des symptômes qui, ainsi qu'on a pu le voir dans la description que nous avons donnée plus haut, se rapprochent de ceux de l'hystérie. Voici les principaux signes qui distinguent ces deux affections :

HYSTÉRIE.	ÉCLAMPSIE.
Se montre *chez les filles pubères, hors de l'état puerpéral.*	Se montre *chez les enfants de tout sexe,* ou *dans l'état puerpéral.*
Constriction marquée de la gorge ; *boule hystérique.*	Respiration plus ou moins gênée, spasme, mais *non constriction* de la gorge ; *pas de boule hystérique.*
Cris plaintifs, bizarres, gémissements, soupirs.	Généralement *pas de cris.*
Souvent perte de connaissance *incomplète.*	Perte de connaissance *complète ;* coma plus ou moins profond dans les intervalles des convulsions.
Convulsions désordonnées et *tendance à la jactitation.*	Convulsions moins désordonnées ; *tendance des membres à se porter dans l'abduction et dans la flexion.*
Mouvements involontaires et étendus *du tronc.*	Ordinairement *roideur du tronc.*
Sensibilité *rarement abolie,* et *jamais au début* de l'accès.	Sensibilité *tout d'abord abolie.*
Face *peu altérée.*	Face *bouffie, violacée,* couverte de sueur.
Pouls ayant ses *caractères normaux,* un peu *ralenti.*	Pouls *très-petit, accéléré,* souvent difficile à compter.

Dans quelques cas rares, on voit des symptômes *cataleptiques* venir se joindre à ceux de l'hystérie ; il y a alors, comme l'ont fait remarquer les auteurs, réunion de deux névroses ; il y a une *hystéro-catalepsie,* que l'on reconnaît à ce que les convulsions cloniques ont précédé les phénomènes cataleptiques. Que si, au milieu des convulsions cloniques, on remarquait une contraction tonique, on ne devrait voir dans ces phénomènes qu'une *roideur tétanique* qui est venue se joindre à l'affection principale, et non une catalepsie.

Pronostic. — L'hystérie, dans l'immense majorité des cas, n'est pas une maladie grave, en ce sens qu'elle ne cause pas la mort ; cependant il est des cas incontestables, dans lesquels cette affection a eu une terminaison funeste, qu'on ne pouvait attribuer à aucune complication. En pareil cas, la mort survient soit dans une syncope, soit à la suite de symptômes épileptiformes. Il est d'observation, en effet,

(1) Moreau (de Tours), *De la folie hystérique et de quelques phénomènes nerveux propres à l'hystérie* (*convulsive*), *à l'hystéro-épilepsie et à l'épilepsie. Études cliniques* (*Union médicale,* juin, juillet et août 1865).

que les cas auxquels on a donné le nom d'hystéro-épilepsie sont fort graves.

Ce n'est pas seulement par leur terminaison funeste, mais encore par leur persistance et par leur résistance à tous les traitements, que certains cas peuvent être regardés comme appartenant à une maladie grave. Pour poser, sous ce rapport, les bases du pronostic, il faut avoir égard aux causes qui ont produit et qui entretiennent les attaques d'hystérie. Les affections organiques profondes doivent faire porter un pronostic grave; il en est de même de toutes les causes qu'il est difficile de faire cesser.

§ VII. — Traitement.

1° *Traitement préventif.* — Soumettre les malades à une bonne hygiène, qui éloigne autant que possible les causes du mal; aussi plusieurs auteurs lui ont-ils donné le nom de *traitement hygiénique.*

Éloigner tout ce qui peut allumer les désirs vénériens, et, par suite, produire une excitation des organes génitaux; c'est dire éloigner les jeunes filles qui présentent l'état nerveux précurseur des attaques, ou qui ont eu déjà des attaques, de tous les spectacles propres à provoquer ces désirs; leur interdire les lectures, les conversations qui peuvent avoir le même résultat.

Des *occupations multipliées* agissent utilement, en éloignant les idées dont nous venons de parler. Prendre garde néanmoins de trop fatiguer les jeunes personnes, car on risquerait de produire un épuisement nerveux favorable à l'apparition des attaques.

On évite cet inconvénient en entremêlant les travaux de *promenades*, d'une *gymnastique* qui amène la fatigue en même temps qu'elle augmente les forces et raffermit la constitution.

Ne permettre le coucher que lorsque le sommeil est imminent, et surtout *faire lever les malades immédiatement après le réveil;* car, dans l'inaction du lit, les pensées peuvent prendre une mauvaise direction.

Mariage. — C'est une opinion très-ancienne, et encore aujourd'hui très-généralement répandue, que l'*acte de la copulation* est un des meilleurs remèdes contre l'hystérie; mais cette manière de voir présente beaucoup d'exagération : aussi le médecin doit-il bien se garder de parler inconsidérément de ce moyen, même dans les circonstances les plus favorables, c'est-à-dire lorsque l'on peut facilement, en peu de temps, faire contracter à la personne menacée d'hystérie un mariage convenable, ce qui doit être toujours fort rare. Si l'on a pu s'assurer que la maladie a pour cause un amour contrarié; si, d'après les observations qu'on a faites, on a lieu de penser que, sans être dans le cas qui vient d'être indiqué, la personne menacée d'hystérie a des désirs vagues, et si, d'un autre côté, elle est nubile et paraît d'une constitution vigoureuse, on est autorisé à parler aux parents de ce moyen, dont l'utilité n'est pas contestable, car il est démontré par les faits, bien que quelques auteurs aient prétendu le contraire, que le mariage a fréquemment fait cesser les attaques d'hystérie. Recommander de ne pas agir avec trop de précipitation, car ce n'est pas seulement, à beaucoup près, l'acte de la copulation qui doit être regardé comme le moyen curatif, mais en même temps un changement d'état qui procure à la personne menacée d'hystérie tout le calme et toute la satisfaction désirables. S'il était évident que chez une femme antérieurement mariée la continence

fût la cause de la maladie, on devrait agir de même. Au reste, nous n'insistons pas sur cette question délicate, et dont la solution doit varier suivant des circonstances très-diverses et appréciables par le médecin seul ; nous voulons seulement établir qu'il n'y a rien d'immoral à conseiller le mariage, lorsqu'on le fait dans les cas qui le réclament évidemment, et avec toute la prudence nécessaire. Lorsque, par une cause quelconque, le mariage ne peut être conseillé, le médecin doit s'interdire toute suggestion qui pourrait porter les malades vers l'acte sexuel, et ne recourir qu'aux moyens de diversion précédemment indiqués.

Le *régime* des personnes menacées d'hystérie doit être doux et léger, mais prendre garde de le rendre trop affaiblissant. Les excitants, les boissons alcooliques, le café, sont généralement contre-indiqués.

On a proposé de produire de *vives impressions* sur le moral des malades, principalement par la frayeur ; mais les dangers de ce moyen sont trop évidents, et ses avantages trop hypothétiques pour qu'on ne doive pas le proscrire sévèrement.

2° *Traitement des accès.* — Lorsqu'on est appelé auprès d'une malade qui présente les prodromes d'un accès imminent, on peut chercher à le prévenir, et c'est là le *traitement préventif des attaques d'hystérie.* Les moyens qui composent ce traitement sont à très-peu près les mêmes que ceux qui constituent le traitement préventif de la maladie : distraire les malades, et éloigner la cause évidente ou présumée sous l'influence de laquelle l'accès tend à se produire. Les médecins anciens ont conseillé beaucoup d'autres moyens pour prévenir les accès : ainsi les sinapismes, les frictions irritantes, les cautérisations, etc., etc. On s'accorde à reconnaître que ces divers moyens n'ont pas l'action qu'on leur a attribuée, et on les a abandonnés pour recourir à d'autres, qu'on met également en usage contre l'accès quand il s'est déclaré, et dont nous allons donner l'indication.

Antispasmodiques. — L'emploi des antispasmodiques est, comme on le pense bien, généralement répandu dans le traitement de l'hystérie en général et dans celui des accès en particulier. Le nombre des formules dans lesquelles entrent ces substances est extrêmement considérable.

L'*éther* est une des substances qu'on a le plus fréquemment mises en usage, et qui, dans un très-grand nombre de cas, ont eu des résultats avantageux évidents. On le donne à la dose de 1, 2, 3 grammes dans une potion, et par cuillerées. Les *gouttes d'Hoffmann* (éther alcoolisé), à la dose de dix à vingt gouttes, à plusieurs reprises s'il est nécessaire, ont eu une grande réputation ; enfin l'éther a été uni à beaucoup d'autres médicaments prescrits contre les accès d'hystérie. L'*inhalation de l'éther* a été essayée dans ces derniers temps, mais avec des résultats défavorables. [Cependant, plus récemment encore, Desterne (1) a employé, dans tous les cas, les *inhalations de chloroforme* pour combattre les accès, et ce moyen lui a toujours réussi ; nous en avons même retiré des avantages évidents. Quelquefois, comme le prouve une observation de L. Rieux (2), les premières inspirations de l'agent anesthésique augmentent l'excitation ; mais cette excitation n'est que momentanée, et ne doit pas empêcher l'administration du chloroforme.

La *valériane*, le *castoréum*, l'*asa fœtida*, le *musc*, l'*oxyde*, le *sulfate de zinc*,

(1) Desterne, *Union médicale*, 28 septembre 1848, *loc. cit.*
(2) Rieux, *Des inhalations de chloroforme dans l'accès hystérique* (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 16 mars 1851, p. 152).

ont été également mis en usage, ainsi que le *camphre* et le *succin*. La formule suivante, employée par Bally, réunit quelques-unes de ces substances :

℞ Poudre de castoréum	aa 4 gram.	Poudre de valériane........	4 gram.
— de succin...		Camphre.................	60 centigr.
— d'asa fœtida..		Sirop de karabé...........	q. s.

F. s. a. des bols de 30 centigrammes. Dose : de six à huit par jour.

Ideler (1) faisait prendre le *sulfate de zinc* ainsi qu'il suit :

℞ Sulfate de zinc....... 40 centigr. | Eau................... 240 gram.

Dissolvez. Dose : une cuillerée à bouche toutes les huit heures.

L'*acétate*, le *carbonate*, le *succinate d'ammoniaque*, ont été également mis en usage par beaucoup de médecins. Le docteur Clarey unit l'acétate (esprit de Mindererus) à l'asa fœtida de la manière suivante :

℞ Asa fœtida............ 2 gram. | Acétate d'ammoniaque liquide. 4 gram.

Dose : de quarante à cinquante gouttes quatre fois par jour.

Nous présentons ces divers moyens sans faire de réflexions, parce que nous nous réservons d'entrer plus loin dans des considérations générales à ce sujet.

Les *narcotiques* sont d'un très-grand usage dans cette maladie. L'*opium*, qu'on donne séparément à la dose de 5^{gr},10 et plus, progressivement, fait aussi partie d'un grand nombre de formules. Nous nous bornerons à citer la suivante, qui a été donnée per Selle (2):

℞ Galbanum pulvérisé...	aa 15 gram.	Castoréum.............	aa 4 gram.
Asa fœtida id........		Safran................	
Extrait d'angélique id..		Opium................	2 gram.

Mêlez. Ajoutez :

Essence de castoréum........................ q. s.

Faites des pilules de 10 centigrammes. Dose : de cinq à huit, deux fois par jour.

Le *datura*, la *belladone* et d'autres narcotiques ont été également conseillés mais c'est contre la maladie elle-même et dans l'intervalle des attaques. Nous en dirons quelques mots plus loin. Dans un cas où il y avait, du côté de l'utérus, des douleurs semblables à celles de l'avortement, Pagès (3) réussit à faire disparaître les accès en faisant faire plusieurs fois par jour des onctions sur le col de l'utérus avec la *pommade d'extrait de belladone*.

Les *odeurs fétides*, pénétrantes, ont eu l'effet de modérer la violence des accès, rarement de les faire cesser. On fait inspirer de l'eau de Cologne, de l'éther, du vinaigre, ou de l'*ammoniaque*. Relativement à cette dernière substance, agir avec circonspection lorsque les malades ont perdu complétement connaissance et sont

(1) Ideler, *Hufeland's Journal*, 1797.
(2) Selle, *Médecine clinique*, 1797, 2 vol. in-8.
(3) Pagès, *Hernie étranglée réduite par l'application extérieure de l'extrait de belladone* (*Revue médicale*, 1829, t. III, p. 71).

tombées dans le coma ; ne pas maintenir trop longtemps le liquide sous les narines, car il pourrait en résulter une inflammation grave de la membrane muqueuse des voies aériennes ; nous avons signalé de nouveau cet inconvénient dans le traitement des accès d'*épilepsie*, où il est plus grave encore.

A l'hôpital de Middlesex, on employait des *liquides aromatiques*, sous forme de douches, sur la figure, le sein, les yeux, la bouche, avec le plus grand succès, dit-on ; quelques gouttes d'*eau tiède* répandues sur la main ont plusieurs fois calmé les paroxysmes (Cerise). C'est pour remplir sans doute une indication semblable qu'Horstius conseille de *souffler du poivre dans les narines.*

Ingestion forcée de l'eau froide dans l'estomac. — J. Cruveilhier, qui conseille ce moyen (1), le regarde comme infaillible, et cite plusieurs cas où il a parfaitement réussi.

Pour l'employer, saisir le moment où les mâchoires peuvent s'écarter, introduire entre les dents un corps qui ne puisse pas les briser, le manche d'une cuiller de bois, par exemple, puis verser une grande quantité d'eau (une bouteille) dans la gorge. Les premières gorgées augmentent d'abord le spasme, qui ne tarde pas ensuite à diminuer.

On procède ainsi lorsque la malade a perdu connaissance et lorsque les mâchoires sont contractées ; dans le cas contraire, il suffit de faire boire lentement un ou plusieurs verres d'eau froide. Cette dernière médication avait été déjà conseillée par Rivière et Hoffmann ; Landouzy (2), ayant plusieurs fois employé l'*ingestion forcée* de l'eau froide, comme le conseille Cruveilhier, a vu les spasmes diminuer ou cesser entièrement. Ce moyen est donc un de ceux qu'on doit le plus particulièrement recommander.

Lavements d'eau froide. — On peut rapprocher de ce moyen les lavements d'eau froide, recommandés par Chiappa (3) ; ce médecin a vu ces lavements, et surtout les lavements d'*eau frappée de glace*, calmer à l'instant les accès d'hystérie. C'est à l'expérience ultérieure à faire connaître la valeur de ce moyen.

Les *affusions froides* ont parfois produit le même résultat (4). L'emploi de l'eau froide, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, peut compter parmi les meilleurs moyens contre les attaques d'hystérie. Aussi les partisans de l'*hydrothérapie* ont-ils beaucoup vanté cette méthode de traitement dans cette affection, et ont-ils rapporté un certain nombre de cas de guérison.

Inspiration de l'acide carbonique. — Nepple a appelé l'attention sur l'emploi de l'acide carbonique pur dans le traitement de l'hystérie ; mais nous ne possédons encore qu'un seul cas en faveur de ce moyen.

Nous mettons de côté les diverses *excitations des parties génitales* recommandées par les anciens auteurs ; ce sont des pratiques que personne ne peut conseiller.

On a cité des cas dans lesquels des *injections* narcotiques, aromatiques, antispasmodiques, dans le vagin, ont fait cesser les attaques ; mais ces cas sont peu nombreux.

Émissions sanguines. — Plusieurs auteurs, parmi lesquels il faut citer

(1) Cruveilhier, *Journal de méd. et de chir. prat.*, 1833, obs. de Carteaux.
(2) Voy. Landouzy, *Hystérie.*
(3) Chiappa, *Ann. univ. di medicina.* Milano, 1831.
(3) Voy. Récamier, *Revue médicale,* 1826.

Fr. Hoffmann et Sylvius, en ont recommandé l'emploi, et l'on a cité des faits dans lesquels ces évacuations ont réussi à dissiper l'attaque. La *saignée du bras*, la *saignée du pied*, les *sangsues derrière les oreilles*, ont produit ces bons effets ; mais on n'a pas suffisamment établi dans quelles circonstances elles doivent être pratiquées.

On a eu recours à la *ligature des membres*, qui paraît avoir arrêté quelquefois les accès.

Dans deux cas d'hystérie caractérisée par des accès très-violents, Fissan (1) a obtenu un effet sédatif très-prononcé par l'emploi des *ventouses sèches sur l'hypogastre.*

Précautions générales à prendre dans le traitement des accès. — Enlever d'auprès des malades tous les objets qui pourraient devenir des causes de blessures.

Les éloigner des murs et des meubles contre lesquels elles pourraient se contondre les membres et la tête.

Enlever toutes les ligatures qui peuvent gêner les mouvements et blesser les malades.

Leur procurer l'inspiration de l'air frais ; faire disparaître les objets ou les personnes dont la vue les blesse.

3° *Traitement curatif de la maladie.* — Le traitement des accès est évidemment insuffisant ; il faut en outre s'occuper d'empêcher leur retour, ou, en d'autres termes, de guérir l'hystérie.

Tous les moyens que nous avons énumérés dans le *traitement prophylactique*, et la plupart de ceux qui sont mis en usage dans le *traitement des accès*, se retrouvent dans le traitement curatif; seulement ils sont employés avec beaucoup plus de persistance, et plus les accès deviennent violents, plus on les rend énergiques.

Recherchez avec soin quelle est la cause qui produit l'hystérie, afin de la faire cesser.

Les *diverses lésions de l'utérus*, l'inflammation, les déplacements, les *altérations profondes*, doivent être traités par les moyens mentionnés en parlant des maladies de la matrice (voy. tome V). Il a parfois suffi d'une ou de plusieurs applications de *sangsues*, de quelques *saignées*, de l'emploi des *emménagogues*, de l'*application d'un pessaire* ou de l'*extraction* de cet instrument lorsqu'il cause des accidents, pour faire cesser de violents accès d'hystérie. Nous rappellerons ici l'emploi de l'*ammoniaque liquide*, recommandé par Duparcque (2) dans les cas de dysménorrhée, et dont nous ferons connaître ailleurs l'administration. Le médecin instruit saura parfaitement remonter à ces causes et à d'autres du même genre, et agir en conséquence.

Mais il est bien des cas où la cause n'est pas facile à découvrir, et surtout où, cette cause étant découverte, on ne peut tirer aucun parti de cette indication, et l'on doit agir simplement contre les accidents de la névrose. Ici reviennent ces médicaments si nombreux dont nous avons indiqué quelques-uns plus haut.

Nous ne parlerons ni des *amulettes*, ni des *sachets médicamenteux*, ni de certaines substances, comme celles qu'on emprunte aux diverses parties du corps

(1) Fissan, *Bull. de la Soc. de méd. de la Sarthe*, 1853.
(2) Voy. tome V, art. DYSMÉNORRHÉE.

humain, et dont l'emploi est absurde. Nous joindrons seulement aux moyens que nous avons fait connaître plus haut quelques médications qui ont eu une certaine vogue.

Antispasmodiques. — Nous rappellerons d'abord les médicaments antispasmodiques indiqués plus haut, et nous y ajouterons les préparations suivantes :

Élixir fétide de Fulde.

℞ Alcool rectifié	125 gram.	Esprit de corne de cerf....	aa 4 gram.
Castoréum............	16 gram.	Opium................	
Asa fœtida............	8 gram.		

Faites digérer pendant quatre jours ; filtrez. Dose : 4 grammes dans une infusion de tilleul.

Les Allemands emploient, sous le nom de *Zincater*, une composition dans laquelle entrent le *chlorure de zinc* et l'*éther sulfurique* de la manière suivante :

℞ Chlorure de zinc..	15 gram.	Éther sulfurique...........	60 gram.
Alcool rectifié...........	30 gram.		

Mêlez. Dose : de deux à quatre gouttes, deux fois par jour, dans un demi-verre d'eau sucrée.

Narcotiques. — Les narcotiques ont été employés par un assez grand nombre d'auteurs. On trouve l'*opium* dans nombre de formules composées principalement de médicaments antispasmodiques, et récemment Gendrin (1) a fait de cette substance, administrée à *haute dose*, la base du traitement. On commence par 5 centigrammes par jour, et l'on arrive graduellement à la dose de 60 à 75 centigrammes dans le même espace de temps (Gendrin). Il dit avoir remarqué que, tant que la maladie résiste, il n'y a pas de somnolence. On commence à s'apercevoir que le remède a une action favorable lorsque le narcotisme se montre. Dès lors, en effet, tous les symptômes décroissent. Gendrin affirme avoir guéri ainsi plus de la moitié des hystériques.

La *belladone* et le *datura stramonium* ont procuré la guérison de l'hystérie. Parmi les préparations dans lesquelles le narcotique est uni à un médicament antispasmodique, nous citerons la suivante :

℞ Iodure de zinc et de morph.	25 centig.	Sirop de gomme	q. s.
Poudre de guimauve	1 gram.		

F. s. a. huit pilules. Dose : une ou deux par jour.

On peut augmenter graduellement cette dose. Blackell (2) a préconisé particulièrement la *teinture de belladone* ainsi préparée :

Extrait de belladone........	40 gram.	Alcool	500 gram.

Dose : d'abord deux ou trois par jour.

On peut augmenter assez rapidement cette dose, que l'on peut élever graduellement jusqu'à trente, quarante gouttes, et plus encore, en surveillant néanmoins l'action du médicament.

(1) Gendrin, *Lettre sur l'hystérie* (*Bulletin de l'Acad. de méd.*, 11 août 1846, t. XI, p. 1367).
(2) Blackell, *The London med. Reposit.*

Debreyne (1) emploie contre l'hystérie les pilules suivantes auxquelles il a donné le nom de *pilules antihystériques :*

℞ Camphre............	aa 12 gram.	Extrait aqueux thébaïque......	1 gram.
Asa fœtida..........		Sirop de gomme.............	q. s.
Extrait de belladone...	4 gram.		

Faites cent vingt pilules. On donne une pilule le premier jour, et l'on augmente d'une pilule chaque jour jusqu'à six en vingt-quatre heures, deux le matin, deux à midi et deux le soir, deux heures avant le repas.

Redenberg a plus particulièrement insisté sur l'emploi de l'extrait de *datura stramonium.* Il l'administre à la dose de 40 grammes, en ayant soin toutefois de n'y arriver que graduellement. Des faits qui ont été publiés prouvent que cette dose peut être considérablement dépassée lorsqu'on prend les précautions convenables.

Moyens divers. — *Acétate de plomb,* recommandé par Richter et Saxthorph; le *carbonate d'ammoniaque,* qui entre dans les pilules de Rosen; l'*huile de cajeput,* employée principalement par les médecins allemands; l'*acide hydrochlorique,* qui a été recommandé par Elwert; le *nitrate d'argent,* vanté par plusieurs auteurs, et en particulier par Mérat (2); le *valérianate d'ammoniaque.*

Sulfate de quinine. — Lorsque les accès sont périodiques, mettre ce médicament en usage, car il a procuré un assez grand nombre de guérisons remarquables. Le sulfate de quinine échoue constamment lorsque, avec un ou plusieurs accès évidemment périodiques, il existe d'autres accès irréguliers. Dans une maladie où le système nerveux se trouve aussi exalté, on doit administrer le sulfate de quinine avec une très-grande prudence.

Nous ne reviendrons pas ici sur ce que nous avons dit plus haut de l'influence salutaire du *mariage,* que le médecin ne doit pas hésiter à conseiller, lorsqu'il s'est assuré qu'il est indiqué.

Traitement des symptômes. — *Douleurs.* — Les malades affectées d'hystérie éprouvent des douleurs fort vives, qui durent plus ou moins longtemps. Y a-t-il quelque moyen qu'on puisse opposer, d'une manière générale, à ces douleurs ? Évidemment non. Lorsque les indications pour combattre l'hystérie ont été bien nettes et bien saisies, on voit le symptôme disparaître avec la maladie générale. Dans les cas où il existe un de ces *points névralgiques* que tous les auteurs ont signalés (*clou hystérique,* etc.), on peut employer des moyens locaux dirigés contre les névralgies. Nous avons vu de ces douleurs disparaître sous l'influence de ce traitement, sans que la maladie principale ait été arrêtée (3). Mais ces douleur sont parfois rebelles; alors on se contentera de chercher à les calmer par les *narcotiques,* les *réfrigérants,* tout en attaquant énergiquement l'hystérie.

Paralysie, roideur tétanique, etc. — On n'a presque jamais à s'occuper d'une manière spéciale de ces troubles de la motilité qui, étant une conséquence de l'hystérie, se dissipent avec elle. Si néanmoins ils se prolongeaient outre mesure,

(1) Debreyne, *Lettres sur les propriétés thérapeutiques de la belladone* (*Journ. des connaiss. méd.-chir.*, décembre 1849, p. 236).
(2) Voy. tome I, p. 881, art. CHORÉE.
(3) Voy. Valleix, *Traité des névralgies.*

on pourrait leur opposer les moyens indiqués aux articles PARALYSIE PARTIELLE, CONVULSIONS, etc.

Hoquet. — Lorsque le hoquet persiste et ne se dissipe pas en même temps que les accès, il réclame des soins particuliers que nous indiquerons plus loin (1).

Coliques. — Les hystériques sont sujettes à des coliques nerveuses quelquefois très-intenses. Si les calmants ne réussissent pas, on pourra recourir à la *compression* et au *massage*, recommandés par Récamier, etc.

Vomissement. — L'*eau magnésienne*, l'ingestion des *narcotiques*, les *boissons glacées*, la *glace*, la *potion de Rivière*, l'*eau de Seltz*, conviennent contre ces vomissements, qui sont souvent beaucoup plus facilement arrêtés par de simples *lavements fortement laudanisés.*

Météorisme. — Brodie recommande les *lavements stimulants* lorsque l'abdomen est très-distendu. Landouzy préfère les *préparations magnésiennes.*

Syncope (2), *mort apparente.* — Il ne faudra espérer aucun bon résultat de la position ; on maintiendra en vain la tête plus basse que le reste du corps, les faits de ce genre prouvent combien la théorie de Piorry sur la syncope est fautive, et combien il a mal interprété des phénomènes d'ailleurs bien connus avant lui.

Résumé du traitement. — 1° *Traitement préventif.* — Éloigner tout ce qui peut exciter les désirs vénériens ; occupations, distractions, exercice, gymnastique, mariage, soins hygiéniques en général.

2° *Traitement des accès.* — Antispasmodiques, narcotiques, odeurs fortes ; douches aromatiques, ingestion forcée de l'eau froide, lavements d'eau glacée, affusions froides ; inspirations de l'acide carbonique, inhalations de chloroforme, injections diverses ; émissions sanguines, ligature des membres.

3° *Traitement curatif.* — Traiter les lésions de l'utérus ; antispasmodiques ; narcotiques ; moyens divers, mariage.

4° *Traitement des symptômes.*

ARTICLE V.

CATALEPSIE. EXTASE. SOMNAMBULISME.

[Si nous réunissons dans un même article la *catalepsie*, l'*extase* et le *somnambulisme*, ce n'est pas avec l'idée d'en faire les symptômes d'un seul et même état. Les rapprocher de l'hystérie n'est pas non plus les confondre avec elle. Toutefois, nous croyons donner des faits l'interprétation la plus vraisemblable, en les considérant, non pas comme des maladies spéciales, mais bien comme l'expression symptomatique d'une névrose complexe ; leur place nous paraît être entre l'hystérie, qu'ils compliquent bien souvent, et l'état nerveux proprement dit. Ils ne sont pas d'ailleurs si nettement isolés que, dans les nombreuses observations publiées par les auteurs (3), on ne les voie tantôt existant simultanément, tantôt se succédant les uns aux autres. Cette manière de voir nous est commune avec Jules Falret, qui,

(1) Voy. tome I, art. HOQUET.
(2) Voy. tome III, art. SYNCOPE.
(3) Nous renvoyons le lecteur au mémoire de T. Puel, *De la catalepsie* (*Mém. de l'Acad. de méd.*, 1856, t. XX) ; il y trouvera la liste complète des travaux publiés sur la catalepsie, et surtout l'indication précieuse de 150 observations cliniques relatives à cette névrose.

dans une excellente analyse de l'observation de Puel, a savamment discuté l'importance des formes diverses de la catalepsie, et démontré que les faits rapportés sous ce nom, étaient singulièrement différents les uns des autres. Nous imiterons sa réserve, et nous nous bornerons à mettre en évidence les troubles qui la caractérisent, sans vouloir en tirer des conséquences trop absolues.

A. **Catalepsie.** — Il est peu probable qu'Hippocrate ait bien connu cette affection. Asclépiade (de Bithynie) paraît être le premier qui se soit servi du mot κατάληψσις; Galien (1) en donna une description assez exacte, et en fixa la symptomatologie. Cælius Aurelianus consacre plusieurs chapitres à la catalepsie, dont il indique en ces termes le symptôme pathognomonique : *Neque extenta recolligunt membra, neque conducta distendunt* (2). Mais il faut arriver jusqu'à la période moderne pour trouver une interprétation vraie des phénomènes. La plupart des auteurs anciens y faisaient intervenir les théories humorales : nous nous bornerons à indiquer les travaux de Hoffmann (1692) (3), Dionis (1718) (4), Petetin (1805) (5), P. Frank. Bourdin (6), Favrot (1844) (7), le mémoire de T. Puel (8), et l'article critique de J. Falret (9). T. Puel a traité ce sujet avec une grande distinction; nous ferons, dans le cours de cet article, de nombreux emprunts à ce remarquable travail.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

Les définitions qu'on a données de la catalepsie (κατάληψις, saisissement; *cotochus, morbus attonitus* de Celse) sont basées sur le caractère le plus constant de cette maladie. Mais elles ont le tort de ne pas être complètes; elles reposent, en effet, sur l'état des muscles, qui permet de donner au tronc et aux membres toutes sortes d'attitudes, sans que le malade puisse les modifier en aucune manière. Pour quiconque a vu des cataleptiques, tout n'est pas là, et l'état de l'intelligence, de la sensibilité générale et spéciale, mérite bien aussi d'être noté. Puel la définit. « Une névrose intermittente, sans modification notable dans les fonctions de la respiration et de la circulation, avec une perturbation spéciale de toutes les fonctions de relation, essentiellement caractérisée par l'impossibilité où est le malade d'étendre ou de contracter volontairement les muscles de la vie animale, tandis qu'une personne étrangère peut, à son gré, faire passer successivement ces mêmes muscles par tous les degrés intermédiaires entre les limites de contraction et d'extension. » Nous préférons à cette définition celle de Bourdin qui, plus générale, nous semble mieux convenir à la plupart des faits connus : c'est « une affection intermittente du cerveau, et le plus souvent apyrétique, qui se compose d'attaques ordinairement caractérisées par la suspension de l'entendement et de la sensibilité, et par l'aptitude des muscles de la vie animale à recevoir et à garder

(1) Galien, *Prorrh. : De locis affectis*.
(2) Cælius Aurelianus, *Acutor. morborum*, lib. II.
(3) Hoffmann, *De affectu cataleptico*. Francofurti, 1692.
(4) Dionis, *Dissertation sur la mort subite et la catalepsie*. 1709.
(5) Petetin, *Mémoire sur la catalepsie et le somnambulisme*, 1787. — *Électr. animale*. 1808.
(6) Bourdin, *Traité de la catalepsie*. Paris, 1841.
(7) A. Favrot, *De la catalepsie, de l'extase et de l'hystérie*, thèse. Paris, 25 janvier 1844.
(8) T. Puel, *De la catalepsie* (*Mémoires de l'Acad. de méd.*, Paris, 1856, t. XX).
(9) Jules Falret, *Archives générales de médecine*, 1857, 5e série, t. X, p. 206, 455.

tous les degrés de contraction qu'on leur donne. » Georget la définit de même, et nous nous rallions à cette définition, nous aurons occasion de voir que la suspension des fonctions intellectuelles a son importance au point de vue du diagnostic.

Il n'y a pas lieu de s'étonner de l'obscurité, de la confusion même qui ont longtemps régné dans la science sur ce sujet. La catalepsie est une affection que le médecin rencontre assez rarement dans la pratique ; les faits qu'on observe isolément, qu'on décrit sans avoir pu compléter ce qui manque à chacun d'eux par des investigations renouvelées, mettent en évidence tels ou tels phénomènes, ils ne peuvent donner une idée exacte de l'ensemble : les auteurs que nous venons de citer ont cherché à éviter cet écueil en consultant les observations publiées à toutes les époques ; le nombre n'en est pas très-considérable puisque Bourdin n'en avait pu réunir que quatre-vingt-dix-huit. Puel en a résumé cent cinquante puisées aux sources anciennes et modernes, c'était suivre le conseil que donnait Sennert (1) : « *Historiæ catalepticorum, si occurrunt, diligenter annotandæ.* »

§ II. — Causes.

Causes prédisposantes. — Il ne paraît pas que le climat, la température, les saisons, l'hygiène, la race, aient d'influence marquée sur la production de la catalepsie. L'hérédité, sans être une cause fréquemment observée, a été cependant notée, et il existe plusieurs observations de frères ou de sœurs atteints de cette affection. L'influence de l'âge n'est pas évidente, ainsi qu'on le verra par le tableau suivant emprunté au mémoire de Puel : sur 94 observations, en faisant des groupes d'âges par périodes de dix ans, on trouve :

10 cas de catalepsie de	....	0 à 10 ans.
29 —	....	11 à 20
35 —	....	21 à 30
5 —	....	31 à 40
11 —	....	41 à 50
4 —	....	51 à 60

D'après ces chiffres, la catalepsie serait plus commune dans la jeunesse que dans un âge avancé.

Le sexe ne paraît pas jouer un rôle important dans la production de la catalepsie. Longtemps on a cru que les femmes y étaient plus prédisposées que les hommes ; cette erreur provient sans doute de la confusion établie par certains auteurs entre les phénomènes hystériques et la véritable catalepsie. Nul doute, d'ailleurs, que les femmes n'aient souvent exploité la crédulité du public et même des médecins en simulant la catalepsie, soit afin de passer pour illuminées, soit afin de tirer parti de cette jonglerie que l'on appelle magnétisme ou somnambulisme lucide, dont la catalepsie serait l'une des manifestations. Sur 148 observations de catalepsie, Puel a trouvé 68 hommes et 80 femmes ; la prédominance du sexe féminin serait donc, en tout cas, peu considérable.

Il n'est pas douteux que le tempérament nerveux ne prédispose à la catalepsie ; l'ascétisme, la fatigue intellectuelle, les passions violentes, sont dans le même cas. Pour les causes déterminantes, elles sont les mêmes que celles de beaucoup d'autres

(1) Sennert, *Practicæ medicinæ*, lib. I, cap. XXX. Wittemberg, 1624.

névroses, surtout des névroses convulsives. Nous y retrouverons en première ligne : une vive émotion, la terreur, l'indignation, la jalousie, la haine, les revers subits de fortune, une nouvelle inattendue brusquement apportée. La vue d'un accès de catalepsie en a provoqué l'explosion chez des femmes qui en étaient témoins, chez des religieuses, par exemple, dont les conditions d'exaltation mystique étaient déjà une prédisposition évidente.

§ III. — Symptômes.

La catalepsie est simple ou compliquée, complète ou incomplète.

Les symptômes se divisent en précurseurs de l'accès, symptômes de l'accès et phénomènes consécutifs.

Dans le plus grand nombre des cas, l'accès est annoncé par les prodromes suivants, qui ne se rencontrent pas tous chez le même sujet : engourdissement de l'intelligence, rêves pénibles, loquacité, obtusion des sens, céphalalgie, pesanteur de tête, perte de la mémoire, secousses convulsives, constriction principalement des paupières, crampes, respiration ralentie, suspirieuse, vivacité du pouls, palpitations, coloration vive ou décoloration de la face, syncopes. Dans un grand nombre de cas, on voit, parmi les prodromes, des signes qui peuvent se rapporter au début des attaques d'hystérie ou d'épilepsie, telle est la boule hystérique, l'*aura epileptica*. Parfois l'accès survient brusquement, sans signe précurseur, il y a suspension instantanée de la vie de relation, ce qui se voit également dans certaines formes de l'épilepsie.

Accès. — Dans le plus grand nombre des cas, il y a suspension des fonctions sensoriales, mais ce phénomène n'est pas constant. Le sens de la vue est le plus généralement aboli. Quelquefois il y a occlusion des paupières ; dans d'autres cas on a vu les yeux largement ouverts être insensibles à toutes les excitations physiques. L'analgésie et l'anesthésie existent souvent. S'il est vrai que certaines personnes puissent simuler l'insensibilité, il n'est pas moins vrai que les excitations les plus violentes et les plus cruelles ne peuvent souvent arracher aux malades aucun signe de sensibilité. La perte de la parole est toujours observée, et c'est un des signes qui avaient frappé les premiers observateurs qui désignèrent la maladie sous le nom d'*aphonie* (Hipp.). Les fonctions intellectuelles sont le plus souvent abolies ou perverties, et les malades, comme cela a lieu dans l'épilepsie, ne se souviennent pas de l'accès. Petetin dit avoir vu une dame qui fut interrompue au milieu d'une phrase par un accès subit de catalepsie, et qui acheva cette même phrase trois heures après, dès qu'elle eut recouvré sa connaissance. Dans certains cas on a vu des malades chez lesquels la spontanéité semblait abolie, obéir aux ordres qui leur étaient donnés. « On pouvait, dit Bourdin, en intimant au malade l'ordre de se mouvoir, le forcer à des déplacements partiels ou généraux, et, par conséquent, rompre la chaîne des phénomènes musculaires, faire cesser l'accès et rendre le malade à son existence habituelle... » Sans mettre en doute la réalité des faits observés et l'habileté des observateurs, nous ne pouvons nous empêcher de signaler le danger de semblables récits remplis de merveilleux et tout à fait propres à encourager les mystificateurs et les charlatans. Les médecins ne doivent procéder dans l'examen de semblables faits qu'avec la plus prudente réserve.

C'est dans le système musculaire qu'il faut chercher le phénomène morbide le

plus constant et le plus caractéristique ; voici en quoi il consiste. Le malade est immobile et roide ; il ne se meut pas par lui-même, mais il reçoit l'impulsion qu'on lui donne ; on peut faire passer chaque muscle de la vie animale par tous les degrés intermédiaires de contraction, depuis l'extrême flexion jusqu'aux dernières limites de l'extension. Cette facilité qu'éprouve une main étrangère à mouvoir le tronc ou les membres du malade, est plus ou moins grande, et lorsque la contracture, l'état tétanique existent, il faut souvent d'assez grands efforts et un temps plus ou moins long pour vaincre la résistance musculaire. D'autres fois, au lieu de rencontrer une résistance, on trouve le corps dans un état de résolution absolue, léthargique, et il faut soutenir les membres pendant une ou deux minutes pour mettre en évidence l'état cataleptique. Lorsqu'est arrivé le moment de la contracture, si le membre est abandonné à lui-même, il conserve la position qu'on lui a donnée pendant un temps beaucoup plus long que ne le pourrait supporter une personne très-robuste. Les muscles restent dans le degré de contraction dans lequel les a surpris l'attaque ; de telle sorte que le malade conserve la pose qu'il avait dans ce moment, quelque pénible et quelque bizarre qu'elle soit. On a vu des malades rester les bras étendus ou levés au ciel ; d'autres garder la position qu'ils avaient prise pour tirer un coup de fusil, etc. En général, tous les muscles de la vie de relation sont sous l'influence de l'état cataleptique ; cependant on a cité des cas dans lesquels certains muscles étaient dans l'état normal et obéissaient à la volonté. On a remarqué chez plusieurs malades un clignotement des paupières pendant l'accès (*carus nystagmus*, Sauvages).

Si l'on cherche à vaincre la contraction des muscles, on sent qu'ils cèdent lentement, comme si l'on étendait un corps élastique ; puis la partie du corps sur laquelle on a agi conserve la nouvelle position qu'on lui a fait prendre ; on a pu, de cette manière, le malade étant couché, élever d'un côté les membres inférieurs étendus, et de l'autre le tronc, de manière que le corps ne portait plus que sur le sacrum, et le malade a gardé cette position dans laquelle il est impossible de se maintenir en toute autre circonstance.

Il ne faut pas croire néanmoins que cette possibilité de conserver une immobilité complète dans les poses bizarres soit un fait constant ; il arrive au contraire assez souvent que, peu de temps après qu'on a placé le malade dans cette situation, on voit apparaître de légers mouvements involontaires, des oscillations qui ramènent les membres et le tronc dans une position moins difficile : c'est ainsi que, dans un cas observé par Barth, la malade, placée uniquement sur le sacrum, éprouva de légers mouvements, qui peu à peu ramenèrent tout le corps dans la position horizontale.

La rigidité des muscles porte exclusivement sur le système de la vie de relation, et les muscles respiratoires ne sont pas atteints ; cependant il semble que ces muscles eux-mêmes aient été pris de contracture, et que l'immobilité ait été complète dans certains cas de catalepsie léthargique où la mort était apparente.

La plupart des auteurs ont admis une catalepsie complète et une catalepsie incomplète. Cette distinction n'est pas très-fondée. Lorsque la catalepsie existe, peu importe qu'elle soit plus prononcée aux membres supérieurs qu'aux membres inférieurs. On ne saurait voir là autre chose qu'une différence dans l'intensité de

la maladie ; Puel fait justement remarquer qu'elle n'est pas mieux établie que celle qu'on a admise entre le sommeil léger et le sommeil profond.

Pendant l'accès, la nutrition est impossible, ou du moins très-difficile, à cause du trismus et du spasme de la langue ou du voile du palais ; la déglutition est difficile, alors même qu'on a franchi l'obstacle qu'opposent les muscles des mâchoires. Lorsque l'accès se prolonge pendant plusieurs semaines, il est évident que la digestion peut se faire, sans quoi la maladie serait rapidement mortelle. Le pouls est quelquefois accéléré, le plus souvent ralenti ; il en est de même de la respiration. La température générale du corps ne présente rien d'anormal ; les extrémités sont souvent un peu refroidies pendant l'accès.

Complications. — La catalepsie complique beaucoup plus souvent les autres affections qu'elle n'en est compliquée elle-même. On la voit exister avec divers genres de folie, avec l'hystérie, le tétanos, et même les fièvres intermittentes ; on l'a vue apparaître dans certaines maladies aiguës, et notamment dans la fièvre typhoïde.

On doit à Mesnet une excellente observation de catalepsie associée à des accidents hystériques de toute nature. Dans ce fait, la catalepsie a été considérée comme une des manifestations de l'hystérie, au même titre que l'extase, le somnambulisme auxquels elle se trouve mêlée (1).

Phénomènes consécutifs. — Lorsque l'accès de catalepsie est isolé, il ne reste après lui qu'un état de fatigue, de malaise et d'abattement ; chez quelques malades on a remarqué un peu d'excitation maniaque, et même, quand les accès se sont fréquemment renouvelés, on les a vus arriver graduellement à un état d'affaiblissement intellectuel voisin de la démence (Favrot). Les troubles des fonctions de la nutrition amènent souvent un état de maigreur et de faiblesse extrême. Sarlandière rapporte un cas de ce genre.

§ IV. — Marche, durée et terminaison de la maladie.

Nous avons posé les symptômes précurseurs qui peuvent cependant manquer. La maladie consiste essentiellement dans l'accès. Parfois il n'y a qu'un seul accès, qui est alors toute la maladie ; d'autres fois les accès se reproduisent. Aussi l'intermittence est-elle un des caractères de la catalepsie ; cette intermittence est régulière dans un grand nombre de cas, souvent quotidienne ; la durée des accès, en pareil cas, est quelquefois de douze heures, le plus souvent de trois ou quatre heures.

Durée de la maladie, nombre des accès. — La maladie peut durer plusieurs années ; on a vu des malades sujets à des accès de catalepsie pendant cinq et même huit ans (Sauvages). Quant au nombre des accès, on a cité des malades qui en ont eu un par jour pendant deux ans (Baron). Une malade observée par Puel a eu douze cents accès depuis octobre 1852 jusqu'en février 1855. Le plus souvent les accès ne sont pas aussi fréquents.

Durée des accès. — L'accès peut ne durer qu'une ou deux minutes. Il peut durer plusieurs mois. Le malade cité par Sarlandière eut deux accès, l'un de deux

(1) Mesnet, *Études sur le somnambulisme envisagé au point de vue pathologique* (*Archives gén. de méd.*, 1860).

mois, l'autre de quatre mois. Il n'est pas rare de voir un accès de catalepsie se prolonger pendant plusieurs jours.

Terminaison. — La catalepsie, lorsqu'elle est essentielle, se termine ordinairement par la guérison. Cependant il existe des exemples assez nombreux de catalepsies faisant place à de la manie, à de la paralysie, à de l'épilepsie, etc.

§ V. — Lésions anatomiques.

On ne connaît pas les lésions anatomiques propres à la catalepsie.

§ VI. — Diagnostic.

L'élément principal du diagnostic est l'abolition des mouvements volontaires et l'immobilisation tétanique des membres et du tronc dans la posture qu'une main étrangère leur impose. Cette maladie ne saurait en aucun cas être confondue avec les maladies convulsives telles que l'hystérie et l'épilepsie, puisque l'immobilité est le caractère de l'une et l'agitation celui des autres. Elle ne saurait davantage être confondue avec le tétanos, puisque dans cette dernière maladie il y a contracture sans possibilité de déplacer les membres et de les immobiliser dans une attitude quelconque, et que d'ailleurs il n'y a pas dans le tétanos abolition des fonctions des sens avec absence de troubles de la circulation. Nous dirons plus loin en quoi elle diffère de l'extase et du somnambulisme.

§ VII. — Traitement.

Il n'est pas un seul remède qui n'ait été essayé pour combattre la catalepsie. L'absence de méthode a engendré ici, comme dans presque toutes les névroses, l'empirisme et l'abus des médications les plus dangereuses. La méthode la plus ancienne et la plus rationnelle est celle des frictions pour vaincre la roideur des articulations. Ces frictions sont sèches ou faites avec des liniments irritants ou antispasmodiques. On a conseillé également les bains tièdes, les bains froids, les affusions froides, les bains de mer, les bains alcalins, les vomitifs, les purgatifs, administrés lorsqu'il existe un embarras gastro-intestinal. Les émissions sanguines ne paraissent pas avoir produit de bons résultats. Quant aux antispasmodiques les plus employés, ce sont le camphre, l'asa fœtida, le valérianate de zinc. Les narcotiques ne paraissent pas avoir produit de guérisons. On a employé avec succès les emménagogues dans le cas de catalepsie compliquée d'hystérie avec dysménorrhée. Tous les révulsifs ont été appliqués, et l'on en a quelquefois obtenu des résultats immédiats satisfaisants. Dans le cas de périodicité des accès, les préparations de quinquina sont indiquées.

Puel signale la possibilité de produire la cessation de la contraction musculaire dans un membre, et pour ainsi dire partiellement dans chaque muscle, à l'aide de frictions et de massages. Il ne faut pas oublier que si l'accès se prolonge, les malades arrivent à l'inanition, et que l'alimentation artificielle est indispensable.]

B. **Extase.** — Longtemps confondue avec la catalepsie, l'extase a, dans ces der-

nières années, été le sujet de travaux importants. Nous signalerons plus particulièrement ceux de Bertrand (1), Bourdin, Favrot (2), Sandras (3), Briquet (4), etc. Tous ces auteurs ont décrit les caractères de cet état qu'ils s'accordent à définir : l'exaltation des facultés morales et affectives avec une concentration profonde de l'intelligence sur une idée exclusive. Ce n'est plus seulement pour eux le ravissement mystique dont sainte Thérèse a donné une description restée célèbre, c'est un phénomène morbide, se produisant dans des circonstances déterminées, et apparaissant au milieu d'accidents hystériques dont elle est une des formes les plus curieuses.

Calmeil admettait deux formes de l'extase : 1° l'*extase* purement *mystique ;* 2° l'*extase cataleptique*. Favrot propose d'en ajouter une troisième, l'*extase avec somnambulisme*, ou *extase prophétique*.

Il ne saurait entrer dans le plan de cet ouvrage de présenter une fois de plus le tableau des épidémies de possession, ni de parler encore des religieuses de Loudun, d'Urbain-Grandier, des trembleurs des Cévennes, et de ce qui s'est passé de nos jours à Morzine. Qu'il nous suffise de savoir que l'extase telle que nous la comprenons, se présente sous forme de véritables accès ; son point de départ nous paraît être toujours une hallucination le plus souvent de la vue, quelquefois, mais plus rarement de l'ouïe. L'extatique, les yeux fixés sur un point qu'ils n'abandonnent plus, suit avec une concentration profonde les images qui se déroulent devant lui. Ses bras sont tendus en avant, il semble qu'il veuille attirer à lui des objets qui le fuient : sa physionomie est parfois immobile, parfois, au contraire, elle réflète sa pensée. Les paupières sont tantôt fixes, tantôt agitées par un mouvement fibrillaire rapide. Si l'on veut donner aux membres une attitude différente de celle qu'ils ont prise, ils la conservent un moment, mais ils ne la gardent pas comme dans la catalepsie. Cette disposition explique la confusion qui a longtemps existé entre ces deux états; mais en cherchant à se rendre compte du phénomène, on s'aperçoit que cette indifférence musculaire n'est que l'effet de l'enchaînement de la volonté, et que l'attitude primitive, en rapport avec l'idée dominante, ne tarde pas à reparaître.

La sensibilité générale est abolie, quelques sens peuvent être conservés, l'ouïe entre autres, mais le plus souvent il est impossible de faire pénétrer une impression quelconque pendant toute la durée de l'extase.

A un degré de plus, l'exaltation intellectuelle arrive, l'enthousiasme prophétique se révèle, et, sous cette influence, apparaît chez des individus d'une instruction peu étendue, une facilité d'élocution remarquable, une ampleur de vues et d'idées étonnantes. Nous avons recueilli l'observation d'une jeune fille chez laquelle la mémoire était prodigieuse pendant son accès, et qui, lorsqu'il était terminé, n'avait aucun souvenir de tout ce dont elle venait de parler.

On conçoit combien il a été facile d'exploiter de pareilles dispositions morbides; aujourd'hui, nous n'avons pas besoin de faire intervenir les puissances occultes pour expliquer la production de ces troubles. L'interprétation en est plus simple ; ce

(1) Bertrand, *Encyclopédie progressive*, 1826.
(2) Alexis Favrot, thèse citée.
(3) Sandras, *Traité des maladies nerveuses*.
(4) Briquet, *De l'hystérie*.

sont des accidents nerveux, rien de plus, dont le développement, la marche, la terminaison, établissent avec l'hystérie une étroite connexité.

Les accès d'extase ont une durée variable depuis quelques minutes à plusieurs heures. Nous les avons vus cesser par une crise de larmes ou par du somnambulisme complet ; au réveil, il n'y avait pas de souvenir de ce qui s'était passé.

Le traitement doit être prophylactique et curatif. Nous n'y insisterons pas, il n'y a aucune indication qui n'ait été déjà prévue pour l'hystérie.

C. **Somnambulisme.** — C'est l'état d'un individu qui exécute, pendant un sommeil d'ailleurs normal, des actes qui d'habitude ne s'accomplissent que pendant la veille (Rostan).

Nous distinguerons deux espèces de somnambulisme, ou plutôt deux degrés : le premier, que nous pourrions appeler le somnambulisme vrai, survenant au milieu de la santé, se renfermant dans une série d'actes qui pour être extraordinaires, ont une relation étroite avec les actes de la vie habituelle, et se produisent dans le sommeil normal ; le second, qui est un fait pathologique, comme l'a si bien démontré Mesnet (1) dans une très-curieuse observation accompagnée des réflexions les plus judicieuses. Le somnambulisme, dans ce cas, avec ses retours périodiques, une série d'actes délirants, est un phénomène morbide de la même nature que la catalepsie et l'extase, auxquelles d'ailleurs il se trouvait associé.

Le nombre est grand des observations publiées sur ce sujet ; mais il y en a bien peu qui présentent autre chose que de curieux détails. Gr. Horn (2), Hoffmann (3), Theisner (4), ont, les premiers, soutenu que le somnambulisme était un état morbide. Jos. Frank admet cette opinion, et décrit le somnambulisme et la somniation. Cette dernière forme est pour lui l'état pathologique, soit qu'il survienne spontanément au milieu d'accidents hystériques, soit qu'il ait été provoqué par des manœuvres comme celles du magnétisme. Pour nous, en dehors du somnambulisme vrai, que l'on observe chez un grand nombre de sujets à l'état habituel, nous ne reconnaissons qu'une seule espèce de somnambulisme pathologique, et avec Briquet, Sandras, Mesnet, nous le rattachons aux accidents hystériques ; c'est de cette forme seule que nous nous occuperons.

Il est caractérisé par des attaques périodiques souvent séparées par des intermittences régulières. Le début en est variable : quelquefois il s'établit sans prodromes, avec la soudaineté d'une attaque convulsive d'hystérie ; d'autres fois il est précédé d'un état cataleptique, et la transition est impossible à établir entre les deux phases ; d'autres fois encore il paraît être précédé d'un sommeil calme. Quelle que soit la manière dont il s'établisse, le somnambulisme pathologique présente des faits curieux à observer. S'il est périodique, il n'est pas rare de constater une relation directe entre deux accès, de telle sorte que des actes préparés dans un accès précédent s'accomplissent dans l'accès présent : tout ce qui a occupé la veille est étranger aux déterminations dans l'état somnambulique ; le souvenir de ces déterminations, qui reparaît dans l'accès, est complétement effacé pendant la vie normale. Non-seulement cette anomalie existe pour les faits intellectuels, mais nous

(1) Mesnet, *Arch. gén. de méd.*, février 1860.
(2) Grég. Horn, *Dissertatio de noctambulis*. Norembergæ, 1660.
(3) Theisner, *Diss. de ambulatione in somno*. Iéna, 1671.
(4) Hoffmann, *Diss. de somnambulis*. Halæ, 1695.

l'avons vue se produire pour les faits de la vie de relation. L'observation de Mesnet est très-précise à cet égard : il s'agit d'une dame hystérique qui, pendant un accès de somnambulisme prépara un suicide : surprise avant l'accomplissement de ce suicide par la fin de son accès, elle oublia, pendant la journée, tout ce qu'elle avait fait; la nuit suivante, elle continua ses préparatifs, comme si rien n'était venu l'interrompre, et donna un commencement d'exécution à ses projets. Cette dame était paraplégique dans le jour, et recouvrait pendant l'accès toute la liberté de ses mouvements.

Les sens nous paraissent entrer en exercice, mais d'une manière fort restreinte, et seulement dans la sphère de l'idée dominante : la vision, dans le cas que nous citions, était conservée, la malade travaillait facilement à l'aiguille, même quand son travail était faiblement éclairé, mais elle ne pouvait plus broder si l'on interposait un écran entre ses doigts et ses yeux. La physionomie est sans expression ; les yeux sont largement ouverts, avec les pupilles insensibles à la lumière ; le pouls est calme, régulier, avec un rhythme peu fréquent; l'ensemble de cet état varie toutefois suivant la nature de l'idée dominante. Il n'est pas rare, en effet, de constater de l'excitation, de la loquacité et, dans ces cas, un développement inaccoutumé de la mémoire et de l'imagination. Au réveil, qui tantôt est brusque, tantôt est annoncé par le retour d'accès hystériques ou cataleptiques, l'oubli est complet; Mesnet et Maury (1) ont insisté sur ce fait qui a une haute importance. Lélut a prétendu qu'il n'était pas constant, mais cette opinion est discutable : elle a contre elle la plupart des observateurs. Maury et Tandel (de Bruxelles) ont donné des phénomènes une explication satisfaisante : ils supposent que « la concentration a été si vive, l'absorption de la pensée si profonde, que les parties du cerveau qui ont agi dans cet acte de contemplation et de pensée, sont épuisées, et, l'accès passé, au lieu de continuer leur action, elles demeurent comme frappées d'impuissance. — Le somnambule oublie son acte, précisément parce que l'intensité de l'action mentale a été portée à ses dernières limites; l'esprit s'est épuisé dans ce commerce avec lui-même (2). »

Une question médico-légale de la plus haute gravité se rattache à l'étude du somnambulisme ; nous ne pouvons faire que la signaler ici. Nous avons dit que dans cet état, des actes prémédités pouvaient être accomplis, qu'ils présentaient parfois, d'un accès à l'autre, un enchaînement logique. Nous avons vu pour notre part un somnambule préparer un suicide qui, sans notre intervention, eût eu certainement un dénoûment fatal, la liberté morale était tout aussi compromise que dans l'aliénation mentale; l'individu est donc irresponsable ; ce qu'il importe, c'est de s'assurer bien nettement de son état, et pour arriver à une conviction absolue et la faire partager dans un cas de meurtre, d'incendie, etc., il faut s'entourer de toutes les précautions qui peuvent déjouer la ruse, la simulation.

Notre manière de voir au sujet du somnambulisme, la place que nous lui donnons parmi les névroses, font pressentir que, de même que pour la catalepsie et l'extase, le traitement n'aura rien de spécial. La détermination précise de la cause, les rapports plus ou moins étroits qui relieront les accès aux accès hystériques, permettront de déduire les indications thérapeutiques. Il n'y a, à bien dire, aucun médica-

(1) Maury, *Le sommeil et les rêves*. Paris, 2e édit., 1862.
(2) *Idem*, p. 189 et suiv.

ment qui s'adresse spécialement à cet état. Ce sont les modificateurs généraux qui devront être mis en usage, et dans ce que nous avons dit du traitement de l'hystérie, le médecin saura trouver ce qu'il y a de vraiment utile à tenter. (A. Motet.)]

ARTICLE VI.

MUTISME ACCIDENTEL.

Il faut distinguer de l'aphonie, qui consiste dans la perte de la voix sans perte de la parole, le *mutisme accidentel*, dans lequel les malades ne peuvent plus faire entendre un seul mot. Cette dernière maladie est beaucoup plus rare que l'aphonie. (Voy. tome II, article APHONIE.)

La *cause* la plus fréquente du mutisme accidentel est une émotion vive ; puis viennent les attaques d'hystérie, qui produisent bien plus souvent l'aphonie ; les *vers* dans le canal intestinal (Schroeter et plusieurs autres auteurs). Dans un cas rapporté par Richter (de Wiesbaden), l'aphonie se montra tous les jours, à la même heure, comme une fièvre intermittente. Eggerdes (1) a rapporté l'histoire singulière d'un mutisme *épidémique* chez les militaires d'une garnison. L'affection les prenait dans les circonstances les plus variées et sans cause appréciable.

Nous ne parlons pas ici du mutisme causé par la destruction des nerfs récurrents ou par une attaque d'apoplexie, il n'est alors qu'un symptôme ; ni du mutisme causé par les divers empoisonnements, dont nous aurons à nous occuper plus tard. (Voy. tome V.)

Lorsque le mutisme est essentiellement nerveux, il constitue le seul *symptôme* de l'affection.

Souvent cette affection dure quelques jours, puis disparaît tout à coup pour reparaître plus tard, et ainsi de suite. Elle se termine par la guérison.

Rien ne serait plus facile que le *diagnostic*, s'il n'était à craindre que cette affection ne fût simulée. C'est en cherchant à surprendre les malades et en les observant à tous les instants qu'on découvre la simulation. C'en est assez sur ce diagnostic, qui intéresse les médecins chargés d'examiner les recrues, bien plus que les praticiens ordinaires.

Le *traitement* de cette maladie est peu précis, parce que nous n'en possédons que des cas rares. Dans l'épidémie citée par Eggerdes, le *tartre stibié* à dose vomitive, le *succin* et l'*ammoniaque* procurèrent la guérison.

Dans les cas où l'on a soupçonné la présence des vers dans l'intestin, on a donné les *anthelminthiques*. L'expulsion des entozoaires a été suivie du retour de la parole.

Lorsque le mutisme est le résultat d'une attaque d'hystérie, on met en usage principalement les *antispasmodiques*.

Dans les cas où la maladie s'est produite sous forme périodique, le *sulfate de quinine* en a triomphé.

L'*électricité*, appliquée à l'aide de la pile de Volta, a eu un plein succès entre les mains de Pellegrini (2). On employa la *pile de Volta*, le pôle zinc sur les ver-

(1) *Acta naturæ curiosorum*, ann. IV, déc. 3.

(2) Pellegrini, *Giorn. per servire ai progress.*, et *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, novembre 1843.

tèbres cervicales, et le pôle cuivre sur les côtés de la glotte. Douze séances de deux cents, trois cents, quatre cents secousses guérirent la maladie.

ARTICLE VII.

HOQUET.

Le hoquet n'est le plus souvent qu'un accident très-léger ou qu'un symptôme d'une autre maladie. Dans le premier de ces deux cas, il n'a aucun intérêt pour le praticien ; dans le second, il suffit de l'étudier dans les maladies dont il est un symptôme peu grave. Dans quelques cas aussi, le hoquet constitue une névrose rebelle, incommode, et qui peut entraîner à sa suite un dépérissement marqué.

On s'accorde aujourd'hui à regarder le phénomène qui constitue le hoquet comme le résultat d'une contraction subite et involontaire du diaphragme. Il consiste dans le passage brusque de l'air à travers la glotte rétrécie, d'où résulte une inspiration incomplète et bruyante à laquelle succède une expiration naturelle.

On a beaucoup écrit sur le hoquet ; mais comme les auteurs qui s'en sont occupés n'ont pas traité spécialement du hoquet idiopathique, il y a souvent de la confusion dans leurs descriptions.

Causes. — Le hoquet, tel que nous le considérons ici, se montre chez les sujets d'un tempérament nerveux, surtout chez les femmes atteintes d'une autre névrose, et en particulier de l'hystérie. Quelquefois il survient à la suite d'une *émotion* très-vive ; d'autres fois sans cause connue. Sauvages a cité un exemple de hoquet par *imitation.*

Le hoquet peut se prolonger pendant des mois, et même pendant des années. Il s'accompagne d'une anxiété plus ou moins grande ; il augmente généralement après le repas, et surtout à la suite des émotions vives. Lorsqu'il est de longue durée, il peut amener un dépérissement marqué, et produire une tristesse profonde.

[Nous croyons devoir rapprocher de cette névrose les accidents qu'on a décrits sous le nom d'*aboiement hystérique*, et qui ne sont eux-mêmes que des spasmes accompagnés d'un bruit guttural analogue en effet à l'aboiement, au miaulement, etc. (1). Plus compliqués que le hoquet, en ce sens qu'un plus grand nombre d'organes concourent à la production du bruit, ces spasmes sont bien rarement isolés : pour peu qu'on soumette à une observation attentive le malade qui les présente, on ne tarde pas à constater d'autres troubles, tels que les points anesthésiques ou hyperesthésiques. Un autre caractère qui les rapproche encore des névroses convulsives, et plus particulièrement de l'hystérie dont la plupart du temps ils sont un symptôme, c'est leur propagation par imitation. Calmeil (2) a fait l'histoire des épidémies connues ; Briquet (3), dans son *Traité de l'hystérie*, les a rappelées et a cité plusieurs faits observés par lui. Ces auteurs ne font pas de ces spasmes une maladie à part ; nous acceptons cette opinion qui nous paraît la plus sage, et nous ne croyons pas qu'on doive se préoccuper beaucoup de leur trouver une dénomination particulière. Le mot de *névrophonie* a été proposé dans ces derniers

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit., 1865, t. II, p. 209.
(2) Calmeil, *De la folie*, t. I. Paris, 1845.
(3) Briquet, *Hystérie*. Paris, 1859.

temps par Émile Bertrand (1); il nous semble impliquer une localisation trop exclusive des accidents vers les voies respiratoires, et ne pas éveiller l'idée plus vraie d'un état général sous l'influence duquel ils se développent.

Le *pronostic* n'est pas grave; ces spasmes, si rebelles qu'ils se montrent quelquefois, ne compromettent en rien la vie des malades. Ils deviennent une véritable souffrance morale quand ils persistent longtemps, apparaissent sous l'influence de l'émotion la plus légère, et forcent d'interrompre les relations sociales. Ce sont là des cas extrêmes, heureusement rares; la thérapeutique finit toujours par en triompher.]

Traitement. — Ce que nous avons à dire du traitement s'applique plus particulièrement au hoquet : nous n'avons pas un très-grand nombre de faits sur lesquels nous puissions nous appuyer; voici cependant ce qui ressort de plus positif des faits rares que nous connaissons.

On a, dans quelques cas, eu recours avec succès aux émollients, à l'exercice, aux distractions; plus rarement on a obtenu des avantages des *opiacés* et des *antispasmodiques*.

Le docteur Le Blus, de Villebroeck (2), a obtenu la guérison d'un hoquet convulsif des plus rebelles par le *sous-carbonate de fer uni à la belladone*, de la manière suivante :

℞ Extrait de belladone...	10 centigr.	Sous-carbonate de fer......	50 centigr.

F. s. a. douze pilules. Dose : une toutes les deux heures.

Dès le second jour le hoquet avait diminué, et le quatrième il avait disparu.

Le docteur Schuermans (3) a réussi à faire cesser les hoquets les plus intenses par un moyen des plus simples; car il consiste uniquement à *faire manger au malade quelques morceaux de sucre.* C'est un moyen que les praticiens pourront expérimenter.

Dans un cas où un hoquet avait résisté à une foule de moyens, le docteur Marage (4) l'a rapidement fait disparaître par l'emploi du *chloroforme*, administré de la manière suivante :

℞ Huile d'amandes douces..	60 gram.	Sirop de menthe poivrée.....	12 gram.
Sirop diacode.............	30 gram.	Chloroforme..............	2 gram

Dose : une cuillerée à café toutes les trois heures.

Les *révulsifs* sur l'épigastre ont été aussi mis en usage. Nous devons mentionner spécialement le *cautère actuel sur cette région.* Dupuytren y a eu recours avec succès dans un cas.

Bordeu avait déjà employé la *compression épigastrique* contre le hoquet, et ré-

(1) L. A. Émile Bertrand, *Essai sur la névrophonie*, dite *toux des aboyeurs*, thèse de Paris. 1865, n° 115.

(2) Le Blus (de Villebroeck), *Ann. de la Soc. méd. d'Anvers*, septembre 1846.

(3) Schuermans, *Presse médicale belge*, août 1849.

(4) Marage, *Hoquet guéri par le chloroforme en potion* (*Union médicale*, 9 octobre 1851, p. 478).

cemment Rostan (1) a réussi à en arrêter une très-rebelle, à l'aide de ce moyen. Cette compression se pratique soit à l'aide de la main fermée, soit, mieux encore, à l'aide d'une pelote du volume du poing, que l'on maintient avec un ressort de bandage herniaire.

Les *vomitifs* ont aussi été prescrits avec avantage, et il en est de même de la *limonade sulfurique* (acide sulfurique, 4 grammes; eau, 1000 grammes). Enfin, si la maladie se présente avec une *périodicité* marquée, on doit recourir au *quinquina* et au *sulfate de quinine*.

[La faradisation qui presque toujours arrête la convulsion quand les courants sont convenablement dirigés à travers les muscles, pourrait être tentée dans les cas de hoquet rebelle. N'ayant aucun relevé de faits à citer, nous ne pouvons qu'indiquer ces moyens que le praticien devra essayer.]

ARTICLE VIII.

MAL DE MER.

[Sous le nom de mal de mer (*ivresse nautique*, *naupathie*, *nausea navigantium*, ναυσία; all. *Seekrankheit*, angl. *Seasikness*, esp. *Mareo*), on désigne l'ensemble des troubles de l'innervation dont souffrent, le plus généralement, les personnes qui se soumettent, pour la première fois ou à de longs intervalles, aux oscillations d'une embarcation ou d'un navire.

L'étymologie grecque du mot *nausée* (ναῦς, navire) indique assez que le mal de mer, dont l'acte du vomissement est un des phénomènes prédominants, fut connu dès la plus haute antiquité, sa notion remonte naturellement aux premières tentatives de navigation.

Il n'est pourtant pas nécessaire que les oscillations proviennent d'une surface liquide pour que des phénomènes plus ou moins analogues à ceux du mal de mer, se produisent à un degré variable. Ils peuvent se montrer toutes les fois que l'homme se trouve dans des conditions telles que son équilibre soit instable ou que son corps soit passivement soumis à des mouvements d'ensemble dont il ne peut calculer ni l'amplitude ni la direction. Ainsi, les personnes particulièrement impressionnables éprouvent sur une escarpolette, dans une voiture, en wagon, surtout lorsqu'elles sont entraînées en arrière, des malaises qui se rapprochent beaucoup de l'ivresse ou du vertige nautique. La mer, quoi qu'en ait dit le docteur Sémanas, n'apporte, en tant que liquide, aucun élément spécial à la production des symptômes qu'on est convenu de désigner sous le nom de *mal de mer*. Si la navigation sur mer détermine plus souvent, plus promptement et à un plus haut degré que sur une rivière, le vertige dont nous nous occupons, c'est parce que les oscillations de sa surface sont constantes, qu'elles ont une grande amplitude et qu'à une certaine distance des côtes seulement, la ligne de l'horizon n'offre plus de points immobiles sur lesquels les yeux puissent se fixer. Mais parfois le vertige nautique acquiert une aussi grande intensité sur un lac, sur un fleuve; il suffit pour cela d'une impressionnabilité exceptionnelle ou d'un vent assez violent qui rendra la surface très-agitée, et imprimera au navire de forts mouvements. Ainsi, sur le fleuve de la Plata,

(1) Rostan, *Gazette des hôpitaux*, et *Revue méd.-chirurg.*, mars 1847.

en face de Buenos-Ayres, pendant un violent *pampero* qui avait soulevé des lames très-dures, nous avons vu des *marins* assez incommodés pour avoir des vomissements réitérés.

§ I. — Causes.

Certaines organisations sont complétement exemptes du mal de mer, dès la première fois qu'elles se trouvent à bord d'un navire ; même par gros temps, elles jouissent de l'immunité que donne, plus ou moins tôt, l'assuétude. En général, c'est un tribut pénible que payent toutes les personnes qui n'ont pas encore navigué ou qui n'ont pas embarqué depuis longtemps. Les exemples d'inaccoutumance absolue sont, par ailleurs, loin d'être rares ; on voit assez fréquemment des officiers de marine être obligés de renoncer à une carrière vers laquelle les portaient leur goût et leurs intérêts. Les femmes sont ordinairement plus accessibles à la naupathie, mais, chose singulière, les enfants offrent souvent, sous ce rapport, un privilége remarquable.

Les oscillations du navire sont la véritable, pour ne pas dire l'unique cause déterminante du mal de mer ; aussi, plus elles seront étendues et irrégulières, plus le vertige surviendra promptement et avec intensité. Sur un même navire, une même personne éprouvera moins de malaise en se plaçant près du centre de gravité, qu'aux extrémités du bâtiment, en restant dans les parties profondes, si toutefois elles sont bien aérées, qu'en montant sur le pont et surtout dans la mâture. Les mouvements de *tangage* sont de beaucoup plus pénibles que ceux du *roulis ;* excepté quand le navire est à l'ancre, ces mouvements sont, il est vrai, presque toujours combinés. Bien que les aveugles ne soient pas à l'abri du mal de mer, il est certain que le désordre des sensations visuelles et les troubles d'innervation dont elles sont le point de départ, jouent un très-grand rôle dans la production du vertige ; ainsi, on a remarqué qu'il se fait davantage sentir, lorsque la terre n'étant plus visible, l'horizon n'offre qu'une ligne uniforme et que tout oscille autour de soi ; il faut tenir compte, il est vrai, de ce qu'à une certaine distance des côtes, la houle est presque toujours plus longue. En passant d'un navire plus petit sur un navire plus grand et réciproquement, on peut perdre momentanément une assuétude acquise. Telle personne supportera impunément les brusques secousses d'une petite embarcation, qui sera immédiatement atteinte de nausées en mettant le pied à bord d'un grand bâtiment dont les mouvements sont lents et relativement très-doux. On voit des marins qui ne connaissaient plus le mal de mer sur un vaisseau, en être repris, par gros temps, à bord d'un aviso à vapeur, par exemple, marchant de bout à la lame. Un grand nombre de causes secondaires viennent accélérer la production du vertige ou accroître son intensité, ainsi, le défaut d'aération, l'exposition aux rayons du soleil, l'odeur spéciale de la cale, celle des corps gras qui lubrifient les pièces des machines à vapeur, la fumée de tabac (même près des fumeurs émérites), la trépidation due à la rotation des roues ou de l'hélice d'un steamer, le choc des coups de mer, le changement d'allure du navire, etc.

§ II. — Symptômes.

Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire la description si fidèle tracée

par Fonssagrives, dans son hygiène navale (1) : « Le mal de mer est essentielle-
» ment caractérisé par de la céphalalgie, des vertiges, des éblouissements, de la
» pâleur de la face, des hallucinations de la vue qui prêtent à tous les objets envi-
» ronnants une mobilité imaginaire, par une susceptibilité maladive de l'odorat qui
» fait que des odeurs inappréciées dans l'état ordinaire, deviennent insupportables
» et provoquent des nausées, un goût savonneux désagréable, etc. ; la peau est
» froide, le pouls faible, les traits étirés, la voix presque éteinte, quelquefois la
» concentration des forces va jusqu'à un état semi-lipothymique. Le malade, en
» un mot, présente toute la série des accidents que déroule l'action hyposthénisante
» de l'émétique ; les muscles tombent dans un état de torpeur remarquable, il y a
» de l'inaptitude aux mouvements, le malade reste courbé comme s'il craignait
» d'exciter, par la contraction des parois du ventre, le soulèvement de l'estomac,
» une salive abondante s'écoule des commissures, la lèvre supérieure est inerte,
» pendante et le visage exprime, dans l'intervalle des nausées, un affaissement
» profond. Peu à peu, cependant, les causes du vomissement se rapprochent, devien-
» nent plus impérieuses ; enfin, le ventricule se soulève et chasse, par des contrac-
» tions successives auxquelles le diaphragme coopère énergiquement, d'abord les
» matières alimentaires, si l'on est peu éloigné des repas, puis dans les vomisse-
» ments ultérieurs, le produit des sécrétions folliculeuses, les mucosités et la bile
» qui y sont versées en abondance. Après un ou plusieurs vomissements, il y a
» une détente, le visage se colore un peu, le pouls se ranime et de profonds sou-
» pirs, des bâillements diminuent, pour un moment, l'anxiété respiratoire qui n'a
» pas été jusque-là un des traits les moins pénibles de cette scène douloureuse. La
» peau devient moite, se réchauffe, un sentiment de mieux être est perçu jusqu'au
» moment où la sensation d'une odeur désagréable, un mouvement oscillatoire plus
» marqué, le souvenir des premières souffrances, la vue d'une autre personne en proie
» au mal de mer, ramènent, avec les contractions de l'estomac, cet état nauséeux
» insupportable. Et alors, si l'on n'a pas eu soin d'ingérer des aliments et des bois-
» sons, dans l'intervalle des vomissements, les contractions de l'estomac s'exerçant
» à vide sont tellement douloureuses que les spasmes les plus cruels de la gastralgie
» peuvent à peine leur être comparés, elles aboutissent au rejet de matières filantes
» parfois striées de sang ; à la suite, s'établit encore une période de calme mo-
» mentané ; chez beaucoup de personnes il y a un tel brisement des forces qu'elles
» gisent sur le pont comme des masses inertes sans s'inquiéter du lieu où elles sont,
» souillant leurs vêtements de leurs évacuations ; la vie cérébrale est tellement do-
» minée par cet état d'angoisse que les deux sentiments les plus puissants et les
» plus vivaces chez la femme, celui de la pudeur et celui de la maternité, sont quel-
» quefois, comme on l'a fait remarquer, momentanément méconnus. »

§ III. — Marche, durée, terminaison.

Le mal de mer est, en général, de peu de durée ; suivant l'état de la mer et surtout la susceptibilité individuelle des sujets, l'assuétude s'acquiert après un ou plusieurs jours. Elle peut être définitive, au moins pendant un même voyage, mais

(1) Fonssagrives, *Traité d'hygiène navale*, p. 173. Paris, 1856.

fort souvent le vertige nautique peut reparaître, à un plus faible degré, il est vrai, lorsque la mer devient très-grosse. Il est malheureusement des cas où cette pénible névrose persiste opiniâtrément pendant toute une traversée, fût-elle d'un ou de plusieurs mois. Si le mal n'a atteint qu'un degré léger, il cesse bientôt après une nuit de sommeil ou lorsque la mer devient plus calme qu'elle n'était au moment du départ. Si le séjour sur mer n'a été que très-momentané, tout phénomène disparaît dès que le navire est entré dans des eaux tranquilles ou qu'on a mis le pied sur la terre ferme. Si, au contraire, le mal a été violent, opiniâtre, la traversée longue et pénible, les accidents qui le caractérisent ne cessent pas dès le débarquement, comme on l'a dit. Les vomissements peuvent encore se répéter même à terre; la céphalalgie persiste, il reste des vertiges, une courbature générale; pendant la marche, il semble qu'on est encore sur le pont du navire; si l'on est couché, on se sent comme balancé par les lames. Les sensations perverties durent un certain nombre d'heures après que la cause qui y a donné lieu a cessé d'agir. Rarement une première navigation débarrasse complétement et pour toujours du mal de mer, si l'on ne retourne au large qu'après un long séjour à terre, on ressent en quittant le port, si la mer est un peu grosse, au moins une céphalalgie constrictive qui dure plus ou moins longtemps et que souvent un seul vomissement suffit pour faire disparaître.

§ IV. — Pronostic.

L'innocuité relative du mal de mer est un fait constant. Cependant, par sa persistance, sa violence, cette névrose peut prendre des proportions inquiétantes. Le moindre de ses inconvénients est d'entraîner une constipation fatigante et un amaigrissement rapide. Rarement la mort en a été la conséquence; quand cette terminaison a eu lieu, elle était due à des accidents déterminés par des vomissements incoercibles ou par le marasme de l'inanition. Chez les personnes atteintes de lésions organiques du cœur, du poumon et de l'estomac, les vomissements peuvent amener des hémorrhagies graves. Nous avons eu occasion de traiter des femmes qui, après une longue traversée pendant laquelle le mal de mer n'avait pas cédé un seul jour, étaient réduites à un état de faiblesse et d'éréthisme souvent alarmant. Il serait très-important d'établir, par de nombreuses observations, jusqu'à quel point ce mal peut être préjudiciable aux femmes enceintes. Des données précises manquent sur ce sujet, aussi les praticiens se trouvent-ils souvent embarrassés pour répondre aux nombreuses questions qu'il leur suscite. En attendant de plus amples informations, il nous paraît prudent, à moins de circonstances impérieuses, d'interdire les voyages sur mer pendant la grossesse, si des traversées antérieures n'ont pas permis de constater une heureuse immunité. On a vu des femmes exemptes habituellement du mal de mer, en être atteintes lorsqu'elles étaient enceintes. En tout cas, il serait avantageux de conseiller une traversée d'essai dont il serait loisible d'abréger la durée, et d'attendre que la grossesse soit parvenue au terme de cinq mois à six mois.

Nous ne croyons pas que le mal de mer, par lui-même, soit jamais utile comme moyen thérapeutique. L'émétique ou l'ipéca peuvent, à moins de frais, plus rapidement et moins douloureusement produire l'effet curatif que l'on recherche dans le vomissement, contre l'embarras gastrique, certaines dyspepsies, etc. En ce qui

concerne la dysenterie, l'hypochondrie, les congestions du foie, on a attribué au mal de mer le résultat de l'influence complexe de la navigation.

§ V. — Théories du mal de mer.

Dans un ouvrage de la nature de celui-ci, nous nous bornerons à énumérer les principales explications qui ont été données de la production de cette névrose. Aucune d'elles n'est réellement satisfaisante, et ne peut soutenir une discussion sérieuse (1).

a. Le mal de mer est dû au vertige que la mobilité des objets détermine (Darwin).
b. — à l'agitation des viscères abdominaux (Keraudren).
c. — à la continuité des contractions musculaires nécessaires pour le maintien de l'équilibre.
d. — à la peur (Plutarque, Guépratte).
e. — à une modification survenue dans la circulation encéphalique (Wollaston, Pellarin, Fischer).
f. — à la commotion cérébrable produite par les oscillations du navire (Gilchrist, Larrey, Sper, Fonssagrives).
g. — à une intoxication par le miasme marin (Sémanas) (2).
h. — à un afflux anormal du sang dans la partie postérieure des centres nerveux, spécialement des segments de la moelle qui sont en connexion avec l'estomac et les muscles qui concourent à l'acte du vomissement. Cette congestion est déterminée par les mouvements du navire qui communiquent des secousses : 1° au cerveau, 2° aux ligaments de la moelle, 3° aux viscères contenus dans l'abdomen et le bassin. (Chapman) (3).

§ VI. — Traitement.

A chacune de ces théories répond un remède; mais ni les bonbons de Malte, ni la ceinture abdominale préconisée par Keraudren, Jobard (de Bruxelles), ni le sulfate de quinine tartarisé, proposé par Sémanas, d'après l'analogie gratuitement hypothétique entre le paludisme et l'intoxication produite par un prétendu miasme marin, ni aucun autre moyen n'a débarrassé personne de la pénible initiation à la vie du marin. Pour nous, comme pour Fonssagrives, auquel nous empruntons les préceptes suivants, le traitement peut se résumer ainsi :

« 1° Si la navigation est accidentelle et de peu de durée, atténuer les souffrances du mal de mer sans se préoccuper de l'assuétude ultérieure ; 2° s'il s'agit d'un marin de profession, s'efforcer de l'aguerrir dès le début contre une souffrance dont la continuité menacerait son avenir ; 3° combattre ceux des symptômes du mal de mer qui, par leur violence ou leur durée, peuvent devenir dangereux.

» 1° Le médecin d'un paquebot, si la traversée doit être courte, recommandera donc à ses passagers l'exercice sur le pont, en plein air, aussi longtemps que les nausées ne forceront pas à l'interrompre, l'aspiration de sels et de liquides spiri-

(1) Voyez, pour l'appréciation de ces théories : *Hygiène navale* de Fonssagrives. Paris, 1856, p. 176 et suivantes.
(2) Sémanas, *Comptes rendus de l'Académie des sciences*, t. XXIV, 1847, p. 110.
(3) Voyez, pour l'exposé de cette théorie : *Fonctional diseases of the Stomach. part. I, Sea sickness ; its nature and treatment*, by John Chapman, M. D. London, 1864.

tueux pour ranimer la vie du cerveau et combattre la tendance syncopale, la précaution de ne regarder ni le sillage ni de fixer les yeux d'une manière prolongée sur un objet mobile, les distractions, la causerie, l'ingestion de quelques aliments, tout en continuant à marcher, l'usage de pastilles aromatisées, menthe, cachou, etc., le port d'une ceinture médiocrement serrée, comprimant un peu l'abdomen, mais laissant toute liberté à la poitrine.

» Si, malgré l'ensemble de ces précautions, les vomissements surviennent, et qu'à leur suite la naupathie fasse des progrès, résister plus longtemps serait aussi pénible qu'infructueux, il faut se résigner à garder la position horizontale qui soulage toujours, si surtout on est placé dans un cadre ou un hamac bien suspendu, et si l'aération de la cabine est convenable, et qui permet surtout, point capital, de prendre et de conserver des aliments. Les infusions théiformes, aromatiques, le grog, auquel les passagères elles-mêmes des packets anglais recourent comme moyen prophylactique, ont, par la stimulation rapide qu'ils produisent, des avantages qu'il ne faut pas dédaigner. On attend ainsi ou bien que le temps se fasse meilleur, ou bien que l'arrivée au point de débarquement mette un terme à des souffrances avec lesquelles on a été obligé de composer.

» 2° L'assuétude nautique exige du courage et de la force de volonté; mais, à moins d'une impressionnabilité exceptionnelle, vouloir, en pareil cas, c'est pouvoir, et il est bien rare qu'une persévérance opiniâtre ne conduise pas à une immunité absolue ou relative. Tout le secret de cette assuétude réside dans ces deux mots : continuer à faire de l'exercice et s'alimenter dans l'intervalle des vomissements.

» Il importe, au début, de ne point s'éloigner du centre du navire, endroit où les oscillations sont beaucoup moins sensibles; mais au fur et à mesure qu'on s'aguerrit, il faut tenter davantage et essayer l'action de mouvements plus étendus. L'ascension dans la mâture est le degré le plus élevé de cette éducation nautique; les mousses et les novices sont souvent obligés de commencer par là, et la rigueur de cette épreuve assure quelquefois d'emblée leur initiation.

» 3° Si le mal de mer dépasse des limites raisonnables, il peut entraîner, à la longue, des accidents contre lesquels il faut se prémunir. La persistance des vomissements est une de ses complications habituelles; des boissons acidulées, de l'eau de Seltz, une potion de Rivière, des morceaux de glace, quelques grammes de poudre de colombo, l'emploi des opiacés à l'intérieur ou en applications endermiques, l'ingestion d'aliments et de boissons glacées, etc., constituent la série des ressources auxquelles il convient de s'adresser. »

Nous ajouterons que si, pendant le cours d'une traversée qui doit être longue, les accidents offraient une intensité et une opiniâtreté telles qu'on eût à redouter, par leur prolongation jusqu'au terme du voyage, des dangers pour la vie, il ne faudrait pas hésiter à déposer le malade dans un port de relâche. Il pourrait ainsi, au bout de quelque temps, recouvrer assez de force pour entreprendre, sans un trop grand préjudice, la seconde portion de la route qui lui resterait à parcourir. Dans un travail récemment publié, le docteur Chapman explique, comme nous l'avons dit, les phénomènes qui constituent le mal de mer par la congestion des centres nerveux, ce qui est loin d'être démontré. S'appuyant sur les données de la physiologie moderne qui ont mis en lumière le pouvoir *vaso-moteur* du grand sympathique, il se croit autorisé à conclure que le seul remède efficace pour diminuer

l'afflux du sang vers la partie postérieure des centres nerveux, consiste à abaisser la température de la moelle par l'application permanente de la glace le long de la colonne vertébrale.

Les vessies dont on se sert habituellement pour l'application de la glace offrant de nombreux inconvénients, le docteur Chapman a fait confectionner des sachets (1) de caoutchouc formés de trois compartiments séparés par des cloisons de caoutchouc et munis de garnitures de cuivre très-mince. On remplit successivement les trois cellules de glace concassée en morceaux de la grosseur d'une noisette, en ayant soin de ne pas les gonfler assez pour leur donner la forme ronde, car alors le sachet ne toucherait la région du dos que par une trop petite surface. Le sachet est maintenu en place à l'aide de cordons élastiques ou, tout simplement, au moyen des vêtements. Chaque sachet de glace met environ deux heures à fondre, plus ou moins, suivant la température.

Dans la majorité des cas, le traitement consiste à placer un sachet rempli de glace au milieu du dos, s'étendant depuis la nuque jusqu'au bas des reins (régions cervicale, dorsale et lombaire), et à le maintenir pendant tout le temps que durera la disposition au mal de mer. Les personnes peu susceptibles pourront même ne recourir à ce moyen que lorsqu'elles commenceront à ressentir du malaise. Dans tous les cas, il vaudra mieux appliquer le sachet sur la peau, à nu, mais cependant on peut laisser un léger intermédiaire tel que la chemise ou même une mince flanelle.

Les individus qui sont très-influencés par les oscillations du navire devront, non-seulement appliquer le sachet à nu, mais encore le *placer une demi-heure, une heure avant d'embarquer*. Dès que la glace est fondue, il faudra se hâter de remplir le sachet par un autre préparé convenablement à l'avance.

La glace sera appliquée avec beaucoup de précautions chez les personnes qui souffrent de la poitrine, chez les femmes enceintes ou chez celles qui seraient à l'époque des règles. Chapman recommande, en même temps, de boire de l'eau glacée ou de sucer des fragments de glace.

Prévoyant qu'on ne manquera pas de se récrier contre la sensation pénible que le froid doit produire et contre les inconvénients que peut amener l'application longtemps continuée d'une colonne de glace au milieu du dos, le médecin anglais répond que la sensation déterminée par le froid n'est pas aussi désagréable qu'on le suppose, et qu'en tout cas, il n'est pas de personne qui ne préfère de beaucoup supporter le contact de la glace plutôt que d'endurer les tortures du mal de mer. Les mouvements du navire ayant amené un afflux de sang vers la moelle et les ganglions nerveux, il se produit une chaleur anormale que le froid appliqué sur la région vertébrale dissipera agréablement.

Chapman, s'appuyant sur les mêmes idées théoriques, prétend également que sous l'influence du mal de mer, l'application de la glace au milieu du dos est parfaitement supportée, alors qu'elle serait préjudiciable à terre. Il s'aventure même jusqu'à prédire que la glace pourra être tolérée facilement par les personnes en

(1) Les sachets décrits par Chapman sont brevetés pour l'Angleterre et pour le continent. On les trouve chez différents fabricants de Londres (entre autres, C. Macintosh and C°, 3, Cannon street, West, et chez les fabricants d'instruments de chirurgie.

(*Note du docteur Chapman.*)

bonne santé par ailleurs, mais menacées du mal de mer, aussi longtemps que durerait, chez elles, cette névrose si elles ne la combattaient pas par l'application du froid.

A l'appui de ses propositions, le docteur Chapman présente dix-sept observations de préservation ou de guérison du mal de mer, grâce au moyen qu'il préconise. Il est vrai qu'il ne s'agit que de très-courtes traversées (Douvres à Calais, Boulogne à Folkestone, Newhaven à Dieppe). Rien ne nous autorise à invalider ces observations, quelque contestable que soit la théorie qui a conduit ce praticien à prescrire la réfrigération de la moelle. Il faut donc faire appel à l'expérimentation sur un grand nombre de sujets avant de se prononcer ; mais nous ne pouvons nous empêcher d'exprimer toutes nos appréhensions à l'égard de l'innocuité d'une application de glace, pendant plusieurs heures, au milieu du dos. Chapman ne paraît nullement se préoccuper de la réaction qui doit être la conséquence naturelle d'une semblable pratique. Peut-il nous répondre que le pouvoir *vaso-moteur* en réagissant ne dépassera pas les limites physiologiques ? Nous croyons donc de notre devoir de recommander une grande circonspection dans les essais qui ne manqueront pas d'être tentés, et qui ne tarderont pas à nous fixer sur la valeur du traitement Chapman.]

ARTICLE IX.

VERTIGE NERVEUX.

§ I. — Considérations générales.

[Le mot *vertige* n'éveille le plus ordinairement dans l'esprit que l'idée d'un accident de courte durée et dépendant de causes capables de produire une perturbation passagère dans le système nerveux encéphalique. L'agitation plus ou moins régulière du corps, soit dans les mouvements de l'escarpolette, d'une voiture, d'un navire, soit dans les ascensions en ballon, sont des causes de vertige ; il en est de même de l'action de se baisser, de tourner rapidement sur soi-même ; l'inanition, l'ivresse, l'intoxication par l'opium, les solanées vireuses, l'acide carbonique, etc., commencent par un étourdissement vertigineux, mais c'est à peine si les médecins s'occupent de cet accident, dont ils abandonnent l'étude à la physiologie et à la thérapeutique.

Ils se préoccupent, au contraire, et peut-être d'une manière exagérée, du vertige lié aux affections cérébrales et à diverses autres maladies. Les tendances anatomiques du commencement de ce siècle et le trop célèbre aphorisme : *Pas de symptôme sans lésions*, ont fait regarder pendant longtemps le vertige comme le résultat d'une congestion cérébrale ; de là des craintes exagérées d'apoplexie, de ramollissement du cerveau, de lésion organique entretenant un foyer d'irritation ; de là aussi une thérapeutique spoliative, affaiblissante, trop souvent funeste aux malades. Le vertige n'est pas seulement un signe d'excitation et de congestion cérébrale, mais il peut dépendre d'une cause tout opposée, le défaut d'excitation du cerveau ; et, en effet, il résulte plus souvent peut-être de l'anémie cérébrale que de toute autre chose, puisqu'on le voit se manifester à la suite des grandes hémorrhagies, dans les cas d'appauvrissement et de dissolution du sang (*chlorose*, *scorbut*, *maladies pestilentielles*), dans l'état fébrile, dans toutes les affections où il y a une notable modification de

la circulation, et enfin dans beaucoup de névroses. Cette manière de voir est évidemment conforme à l'observation. Le vertige est le *symptôme* d'un grand nombre d'affections fort différentes dans leur essence, et la congestion cérébrale est loin d'en être la cause exclusive.

Mais n'existe-t-il pas des cas où le vertige serait à lui tout seul une *maladie* et où il n'y aurait pas moyen de le rattacher à l'une quelconque des affections que nous venons de signaler? Des recherches récentes tendent à confirmer cette supposition ; car il est des personnes chez lesquelles le vertige est habituel, et paraît tenir à une disposition particulière de l'économie, à une susceptibilité spéciale du système nerveux, qui se manifeste sans l'intervention d'aucun trouble morbide antérieur. Il y aurait donc, indépendamment du vertige *symptomatique*, un vertige *essentiel* et constitutionnel, véritable névrose que l'on pourrait rapprocher de l'épilepsie et de l'hystérie. De plus il y a d'autres cas où le vertige n'est ni un symptôme, ni une affection absolument pure, mais où il se montre comme le retentissement d'une souffrance, d'un trouble fonctionnel siégeant dans un organe éloigné des centres nerveux : c'est le *vertige sympathique*. Ce sont ces deux dernières espèces qui ont reçu le nom collectif de *vertige nerveux*, et que nous allons décrire.

§ II. — Historique.

Le vertige nerveux, dans ses différentes formes, a été le sujet de quelques monographies intéressantes. Parmi les travaux les plus importants et auxquels nous ferons de nombreux emprunts, nous signalerons le mémoire de Max Simon (1) et le chapitre V du livre de Neucourt (2).

Les anciens auteurs n'ont point séparé le vertige essentiel du vertige symptomatique, et c'est à cette dernière forme que s'appliquent les remarques suivantes d'Hippocrate : « Dans les fièvres où, dès le début, il survient des vertiges, des battements dans la tête et des urines ténues, il faut s'attendre que la fièvre redoublera vers l'approche des crises ; je ne serais même pas surpris que les malades eussent du délire (3). Les fièvres vertigineuses, avec ou sans convulsions, sont pernicieuses, etc. (4). » Galien avait peut-être entrevu le vertige nerveux, car il dit que « ce qui arrive à quelques personnes après un grand nombre de tours, leur arrive à elles après un seul tour (5). » Arétée ne décrit guère que le vertige épileptique. Fernel ne parle que du vertige lié à l'épilepsie ou à la congestion cérébrale (*periculosa autem est vertigo a magna capitis repletionem orta*) ; puis jusqu'à l'époque moderne, aucune idée nouvelle, si ce n'est que l'on voit l'anatomie s'emparer du vertige, pour en faire un symptôme de congestion cérébrale. Sandras (6), le premier, fait rentrer le vertige dans la classe des névroses pures : « Ici, dit-il,

(1) Max Simon, *Du vertige nerveux et de son traitement*, mémoire couronné par l'Académie impériale de médecine (*Mém. de l'Acad. de méd.*, Paris, 1858, t. XXII).
(2) F. Neucourt, *Des maladies chroniques*, pratique d'un médecin de province. Paris, 1861.
(3) Hippocrate, *Œuvres. Du régime dans les maladies aiguës*, trad. Littré, t. II, p. 427.
(4) *Prénotions coaques*.
(5) Galien, *Œuvres. Des lieux affectés*, trad. par Ch. Daremberg. Paris, 1856, t. II, p. 575.
(6) Sandras, *Traité pratique des maladies nerveuses*. Paris, 1851, t. I, p. 308.

l'anatomie pathologique n'a rien à faire; elle ne démontre et n'explique rien manifestement, là où les désordres fonctionnels sont susceptibles de faire immédiatement place à l'ordre le plus parfait pour tous les organes, dans des affections qui ne produisent jamais la mort tant qu'elles restent simples. »

Trousseau (1), de son côté, a étudié avec soin le vertige sympathique de la dyspepsie : « Qu'est-ce, en somme, que ce bizarre phénomène ? Je n'en sais rien, et la chose n'est pas facile à dire ; mais je compare cela à la maladie du vaisseau, à la sensation toute spéciale qu'on éprouve après avoir valsé, à l'engourdissement qui succède au jeu de l'escarpolette, à ces éblouissements qui vous obligent à fermer les yeux lorsque vous tournez sur des chevaux de bois ; mais il n'y a pas dans tout cela imminence de congestion cérébrale, menace d'apoplexie. C'est un phénomène nerveux se passant dans l'appareil nerveux, une affection temporaire et superficielle de ce système. » Il ne s'agit ici, il est vrai, dit Max Simon, que du vertige nerveux sympathique ; mais on voit que, même dans cette limite, la question se pose presque comme une question nouvelle. Blondeau (2) a publié, depuis cette époque, un mémoire intéressant sur le vertige stomacal.

[Neucourt (3), étudiant les différentes espèces, a établi nettement la distinction entre le vertige nerveux et les vertiges dus à des causes spéciales, telles que l'alcoolisme, les intoxications par les narcotico-âcres, etc. Voici comment il s'exprime sur ce sujet : « Les personnes nerveuses, hystériques, hypochondriaques, sont très-sujettes au vertige..... Il est à remarquer que chez ces personnes, le vertige a lieu plus facilement dans certaines conditions, parmi lesquelles les impressions morales jouent un grand rôle. Ainsi, je connais plusieurs personnes nerveuses, et il n'est pas de praticien qui n'en puisse citer également, qui ne peuvent aller dans une réunion nombreuse, à l'église, au spectacle, dans une foule, sans éprouver aussitôt un sentiment d'anxiété, de malaise et enfin de vertige; quelques-unes tombent, ou se trouvent tellement mal à l'aise qu'il faut les emporter. Une impression morale vive, un cri inopiné, la crainte d'un danger même imaginaire leur donnent immédiatement le vertige. Tout indique que, dans ce cas, il y a affaiblissement du système nerveux, auquel participe le cerveau qui en est le centre. »]

§ III. — Définition, synonymie, fréquence.

« On peut, dit P. Frank, définir le *vertige* un tournoiement illusoire, pénible et subit, qui semble entraîner la personne elle-même et les objets extérieurs, qu'ils soient en repos ou animés, et où le corps chancelle et est près de tomber (4). » Il est certain que la sensation illusoire du tournoiement des corps ou des objets extérieurs (*gyratio*) est le caractère principal du vertige ; mais il faut ajouter à cette définition un autre élément : c'est que le malade *ne perd jamais la conscience de*

(1) Trousseau, *Bulletin de thérapeutique*, t. II, p. 368. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2[e] édit. Paris, 1865, t. III.

(2) Blondeau, *Archives générales de médecine*. Paris, septembre 1858. — *Gazette des hôpitaux*, 2 octobre 1858.

(3) Neucourt, *Des maladies chroniques, pratique d'un médecin de province, ou Recherches et observations sur la gastro-entérite chronique, les coliques gastro-intestinales, etc.*

(4) P. Frank, *Traité de médecine pratique*. Paris, 1842, traduction de Goudareau, t. II, p. 404.

ses actes. Trousseau a insisté sur ce point (1), et il est capital, en effet, puisqu'il distingue le vertige nerveux du vertige épileptique.

Sandras (2) avait bien reconnu l'importance de ce dernier caractère, lorsqu'il disait : « Le vertige est un trouble, un embarras momentané des fonctions cérébrales, avec *conservation de la conscience individuelle*, et en même temps avec désordre plus ou moins grand dans les idées, les sensations, la puissance et la coordination des mouvements. » Cette définition, beaucoup plus générale que la précédente, est cependant bien moins précise, et c'est pour ce motif que nous ne l'avons pas citée en première ligne.

Le vertige a reçu un grand nombre de dénominations différentes, parmi lesquelles nous citerons surtout les suivantes :

Vertigo, *gyratio*, *éblouissement*, *étourdissement*, *tournoiement de tête*, *naupathie*, *scotome* (du grec σκότωμα, obscurité), *scotodinie* (de σκὸτος, ténèbres, et δῖνος, vertige).

Le vertige symptomatique est très-fréquent, puisqu'on l'observe au début et dans la convalescence de presque toutes les maladies.

Quant au vertige nerveux, il est infiniment plus commun, puisqu'il n'est aucune personne qui ne l'ait éprouvé ; c'est un de ces phénomènes auxquels toute l'humanité a, comme à la douleur, payé son tribut. Mais en restreignant la question dans ses limites les plus étroites et les plus réelles, on doit reconnaître que le vertige nerveux pur est assez rare : en effet, si nous appelons ainsi le vertige qu'éprouvent habituellement certaines personnes, qui dure pendant toute la vie, qui se produit spontanément, sans maladie antécédente, qui provient d'une disposition constitutionnelle et d'une susceptibilité spéciale du système nerveux, que la moindre cause provoque et que rien ne guérit, nous pourrons dire que cette névrose est rare ; autrement elle eût depuis longtemps fixé l'attention, et les écrits sur ce sujet seraient plus nombreux qu'ils ne le sont en réalité.

Quant à la nature du vertige dont nous parlons, elle nous échappe bien évidemment, mais il nous est possible de l'apprécier par comparaison. Le vertige rentre dans la classe des phénomènes dont la douleur est le type, c'est-à-dire dans la classe des accidents de fonctions, sans lésion matérielle appréciable. Lorsqu'un corps aigu pénètre dans les tissus et excite instantanément la sensation de douleur dont les centres nerveux prennent connaissance, il est évident que ces centres ne sont pas instantanément troublés dans leur contexture ni dans leur circulation ; il y a, si l'on veut, une modification dans ce corps impondérable que l'on nomme fluide nerveux, mais cela n'est ni tangible, ni appréciable par nos sens et nos instruments.

Eh bien ! n'en est-il pas de même lorsqu'à la vue d'un objet qui tourne, d'un précipice, lorsque dans le mouvement irrégulier du corps, dans le mouvement de rotation, le vertige éclate ? Là, pas de lésion anatomique, mais un dérangement statique du fluide nerveux, dérangement qui n'a d'autre point de départ que la brusquerie, l'instantanéité du mouvement ou la surprise du système nerveux, forcé de subir instantanément un ordre d'impressions auxquelles il n'était pas préparé. Il est facile de reconnaître que le vertige ne se manifeste pas lorsque les

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit. Paris, 1865, t. III, p. 4.
(2) Sandras, *Traité des maladies nerveuses*, t. I, p. 306. Paris, 1850.

impressions nerveuses sont graduées et amenées avec une certaine lenteur. Comment supposer que le vertige soit lié à une lésion matérielle des centres nerveux lorsqu'il dure pendant toute la vie, sans autre trouble des fonctions nerveuses, et sans s'accompagner de la moindre maladie ? Il y a donc un *vertige-névrose*, ainsi que le dit Max Simon. [Telle est aussi l'opinion de Neucourt. Cet auteur, dans le paragraphe consacré au vertige dû à l'anémie, le rapproche du vertige nerveux pur, en ce sens que dans l'un comme dans l'autre cas, il résulte d'un trouble dans l'état statique du système nerveux, une absence du stimulus nécessaire ; toutefois, l'observation a conduit ce médecin distingué à admettre une différence dans l'expression symptomatique du vertige lié à l'anémie et du vertige essentiel. Nous la retrouverons en parlant du diagnostic.]

§ IV. — Symptômes.

Vertige essentiel. — Il y a plusieurs degrés dans le vertige. Dans les cas les plus légers, une confusion très-rapide des idées, sans perte de conscience, le tournoiement des objets extérieurs, la confusion des sons, la perte d'équilibre, sont les seuls accidents appréciables ; la rapidité de l'impression vertigineuse est telle, que l'individu qui croit faire une chute a recouvré toute la netteté de ses perceptions avant d'être tombé.

Comme on le voit, l'*intelligence*, le *sentiment* et le *mouvement* sont affectés. Mais quelquefois les troubles de l'une de ces facultés sont plus prononcés, prédominants, et le vertige présente une plus grande intensité, soit par la force, soit par la durée de ces accidents particuliers.

Tel individu, au milieu d'un vertige prolongé, éprouve des *terreurs* que rien ne légitime. Tel autre a des *sensations* bizarres et assez persistantes, comme l'obnubilation de la vue, la sensation de phosphènes, celle de sons imaginaires ; tel autre croit marcher sur du coton, ou s'imagine que le sol manque sous ses pieds. Mais le symptôme le plus commun est celui du *défaut d'équilibre* et la sensation de *mouvements*, soit du corps, soit des objets extérieurs. « Alors il semble aux malades que les objets qu'ils ont sous les yeux, comme le sol sur lequel ils s'appuient, sont, aussi bien qu'eux-mêmes, emportés dans un mouvement confus de rotation, ou d'élévation, ou d'abaissement alternatifs ; tantôt, au contraire, cette impression morbide, beaucoup moins vive et en même temps moins prolongée, s'épuise dans un sentiment intime d'instabilité, de nutation imaginaire, comme dit Sauvages, qui inspire aux malades la crainte de tomber. Dans ce dernier cas, il suffit à la personne qui éprouve cette sensation de s'appuyer sur un objet quelconque pour que le vertige cesse à l'instant même, au moins en très-peu de temps. Souvent les vertigineux croient que leur tête vascille, et qu'elle est peu adhérente à leur cou. Dans les cas que nous venons de rapporter, les malades éprouvent des vertiges pendant qu'ils sont dans la station ; mais la sensation vertigineuse, au degré où nous l'étudions en ce moment, peut également se produire, et se produire même exclusivement dans d'autres situations du corps. Ainsi, telle est cette disposition, chez certaines personnes, que, dans le lit même, et dans la position la plus parfaitement horizontale, et les yeux ouverts ou fermés, mais fermés surtout, elles éprouvent très-énergiquement la sensation vertigineuse. Il leur semble alors que le lit est emporté par un mouvement plus ou moins rapide, dans un sens ou dans un

autre. Il est des malades qui, s'ils se levaient alors, verraient augmenter leurs vertiges jusqu'au point de tomber peut-être : mais cela n'est pas toujours ; pourvu qu'ils se lèvent avec précaution et s'orientent, si nous pouvons ainsi dire, la disposition vertigineuse disparaît pour ne plus revenir, ou au moins pour ne revenir qu'à une époque plus ou moins éloignée. Quand une personne prédisposée au vertige simple, se tient pendant plus ou moins longtemps accroupie et la tête penchée en avant, si elle se relève brusquement, il est presque immanquable qu'elle éprouve la sensation vertigineuse avec assez d'intensité. Y a-t-il plus qu'une analogie apparente entre le vertige qui se produit dans le cas que nous venons d'indiquer, et celui que divers auteurs ont vu également survenir à la suite d'un réveil brusque et d'un lever immédiat ?

Dans des cas plus graves encore, le malade, sous l'empire du vertige, est saisi de frayeur ; la face pâle, le regard inquiet, il ne fait plus entendre que des paroles entrecoupées ; il appelle du secours, il étend les bras pour chercher un point d'appui ; s'il le rencontre, il s'y cramponne avec force. Même arrivée à ce point, la sensation vertigineuse peut se dissiper peu à peu, et ne pas aboutir à une manifestation plus grave encore. A un degré plus intense, le malade, de plus en plus effrayé, malgré le sentiment toujours persistant de l'erreur de ses sensations, ne voit bientôt plus les objets que comme au travers d'un voile, ou bien il voit se succéder rapidement devant ses yeux diverses illusions, des phosphènes lumineux, ou bien il éprouve les accidents de l'hémiopie ou de la diplopie, et il tombe, mais il tombe volontairement, si nous pouvons ainsi dire, pour bien distinguer cette chute de la projection épileptique et même de celle de l'apoplexie. C'est qu'en effet, malgré l'apparente gravité des symptômes, le malade ne perd pas connaissance. Si, dans quelques cas, cette perte de connaissance arrive, nous croyons que cet accident devrait être considéré comme l'effet de la terreur plutôt que comme le fait même du trouble fonctionnel cérébral qui constitue le vertige. C'est de même à l'intervention de cet élément moral dans l'affection vertigineuse que l'on doit attribuer, si cela se rencontre quelquefois, le *désordre plus ou moins grand dans les idées* dont parle Sandras. Les cas où le vertige arrive à ce haut degré d'intensité sans que ces apparences plus effrayantes que périlleuses lui donnent plus de gravité, sont surtout ceux où on le voit survenir chez les hypochondriaques, dont tous les accidents grandissent en proportion de leur préoccupation lypémaniaque, ou bien ceux où il est déterminé par une impression morale vive, imprévue. Dans le vertige nautique on observe également parfois quelques aberrations des sens, mais jamais le délire, à moins de complications.

Quand le mal arrive à ce degré, la circulation générale, qui reste calme dans le vertige simple, s'émeut sous l'influence d'une innervation aussi profondément troublée ; le pouls s'accélère, sans que la température de la peau paraisse s'élever en proportion de cette accélération de la circulation (Max Simon) (1). Il est rare que des nausées et des vomissements se manifestent, si ce n'est dans le vertige sympathique de la dyspepsie.

Vertige sympathique. — Nous donnerons une description particulière de cette espèce, parce que l'affection qui cause sympathiquement le vertige et le vertige lui-

(1) Max Simon, *Mémoire cité*, passim.

même confondent leurs symptômes propres, et forment un tout complexe. Nous ne décrirons que le *vertige par dyspepsie* ou *vertige stomacal* (*a stomacho læso*), c'est la seule forme qui ait été bien étudiée.

Le vertige stomacal présente deux variétés, suivant qu'il provient d'excès ou d'abstinence.

La première, qui dérive de la dyspnée par excès d'aliments et de boissons (*dyspepsia a crapula*), présente les symptômes suivants : « En dehors même des symptômes plus essentiellement caractéristiques des troubles des fonctions digestives auxquels ils se lient, les phénomènes vertigineux, quelque variables qu'ils soient dans leurs formes, présentent, dans leur manière d'être, quelque chose d'assez spécial pour qu'un observateur prévenu et attentif puisse en soupçonner la nature. Ce sont des étourdissements, un sentiment de vide, de vague dans la tête, ou bien il semble au malade que ses tempes sont violemment étreintes par un cercle de fer ; tantôt il éprouve une sensation de froid glacial. Les uns vous racontent qu'ils ont un brouillard devant les yeux, que les objets qu'ils regardent sont colorés de diverses nuances bientôt confondues ; d'autres ont comme une grande roue noire qui se meut devant eux avec une excessive rapidité. Mais la forme que vous rencontrerez le plus ordinairement est celle qui a reçu l'épithète de *gyrosa* : quand l'individu est debout, tout tourne autour de lui ; il est obligé de fermer les yeux et de se tenir dans la plus complète immobilité, car il sent ses jambes vaciller, fléchir sous lui, il va tomber et tombe même quelquefois. S'il est couché, il croit voir son lit tourner suivant un axe qui le traverserait de la tête aux pieds, ou c'est lui-même qui se voit entraîné dans ce mouvement de rotation (Trousseau) (1).

Les phénomènes vertigineux sont habituellement accompagnés de mal de cœur, que les individus comparent au mal de mer : c'est la nausée, dans la véritable acception du mot grec ναῦς, vaisseau. La moindre circonstance peut devenir l'occasion du développement de ces vertiges. Un mur treillagé, une file de barreaux, une tenture rayée dans un appartement les font naître : treillage, barreaux, raies de la tenture se confondent entre eux, dans une sorte de brouillard, et la vue s'obscurcit. Il suffit même d'un mouvement un peu brusque, il suffit que le malade lève la tête pour qu'ils surviennent. Une particularité intéressante à noter, c'est que rien de semblable n'arrive en général quand le malade baisse la tête, contrairement à ce qui a lieu lorsque le vertige dépend d'un état congestif de l'encéphale.

Les douleurs d'estomac, qui ne sont jamais plus violentes qu'après l'ingestion des aliments, ou du moins de certains aliments ; la pression exercée avec la main sur le creux épigastrique les réveille, les exagère en les faisant se propager jusque dans le dos ; c'est un sentiment de pesanteur, c'est une crampe, c'est une douleur aiguë s'irradiant dans le thorax, dans l'abdomen, s'étendant même à divers points du corps, accompagnée d'une sensation de chaleur, d'ardeur à la région de l'estomac. Ce sont des flatuosités, des éructations acides ordinairement non nidoreuses, des vomissements glaireux, muqueux, quelquefois de matières alimentaires ; de la constipation plus souvent que de la diarrhée, bien que les deux accidents puissent, chez quelques individus, alterner l'un avec l'autre.

Le vertige peut se présenter toutes les fois qu'il existe un état morbide de l'esto-

(1) Trousseau, *Bullet. de thérap.*, loc. cit. — Voy. aussi *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, 2e édit., t. III, p. 4. Paris, 1865.

mac, même un simple état saburral. Chapelle (d'Angoulême) a décrit une épidémie de fièvre typhoïde, dont un des phénomènes les mieux accusés était un état vertigineux apyrétique.

Une autre variété du *vertige stomacal* provient de l'*inanition* (*ab inedia*). Elle diffère de la précédente parce qu'elle est précédée et accompagnée des autres symptômes de l'inanition : ainsi, la peau est décolorée, il y a un abaissement notable de la température et de la puissance de calorification; la circulation languit, le pouls est étroit, dépressible et ralenti; les vomissements augmentent par l'ingestion des boissons douces et émollientes; ils diminuent par l'usage des aliments solides et réparateurs; il y a plus souvent de la constipation que de la diarrhée (1).

Un autre caractère distingue encore le vertige sympathique du vertige essentiel : c'est sa continuité, sa persistance pendant la durée des accidents graves de l'affection dont il est l'effet et l'une des expressions.

Bien que le fait soit rare, il peut arriver que les vertiges soient, non plus seulement les phénomènes morbides prédominants, mais encore les seuls et uniques phénomènes accusés par les malades, parce qu'ils sont réellement les seuls qu'ils éprouvent, la dyspepsie dont ils dépendent ne se traduisant alors par aucun autre symptôme (Trousseau) (2).

§ V. — Causes.

Nous citerons : les commotions de la tête lorsqu'elles ne vont pas jusqu'à produire la perte de connaissance; l'action de valser, de tourner sur soi-même; le mouvement de la voiture, de l'escarpolette, des chemins de fer, des ballons; les mouvements d'un navire, auxquels s'ajoutent le déplacement des objets et l'odeur tant de la mer que du bâtiment lui-même; la vue d'objets animés d'un mouvement rapide et continu, soit en ligne droite, soit circulairement, comme le mouvement d'un bateau, la rotation d'une roue ou d'un appareil à engrenage : cependant la vue des objets en mouvement n'est pas toujours la cause du vertige, car Joseph Frank (3) fait remarquer que les aveugles sont aussi sujets au vertige; quelques odeurs fortes et pénétrantes, soit aromatiques, soit putrides; l'inhalation des vapeurs de sulfure de carbone (4); la respiration d'un air chaud, concentré et chargé d'acide carbonique, comme dans une salle de spectacle.

Personne n'échappe complétement à cette sensation que détermine la vue d'un précipice. Cette sensation est tellement forte chez certaines personnes, que par cela même il est des professions qui leur sont interdites. On a vu des gens placés à une grande hauteur tomber dans un état d'anéantissement et d'imbécillité tel, que tout mouvement leur devenait impossible. Beaucoup de gens éprouvent des vertiges en face d'une surface réfléchissant fortement la lumière, quelques-uns lorsqu'ils marchent parallèlement à un grillage, etc. Il en est qui éprouvent cette sensation sans cause déterminante, étant couchés et ayant les yeux fermés. Cette

(1) Marrotte, *Étude sur l'inanition résultant de l'abstinence prolongée dans les maladies aiguës* (*Bulletin gén. de thérap.*, 1854, t. XLVII, p. 317, 369, 409, 463 et 508).

(2) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 2e édit. Paris, 1865, t. III.

(3) Jos. Frank, *Pathologie médicale*, traduction de l'*Encyclopédie des sciences médicales*, t. III, p. 98.

(4) Delpech, *Accidents que détermine l'inhalation du sulfure de carbone en vapeur*. Communication à l'Académie de médecine, janvier 1856 (*Bulletin*, t. XXI, p. 350. — *Annales d'hygiène*, 1863, t. XIX).

sensation, lorsqu'elle n'existe qu'à un faible degré, qu'elle est courte, ne mérite point d'attirer l'attention du médecin, si ce n'est à titre de symptôme. Mais il n'en est pas toujours ainsi.

Toutes ces causes donnent lieu au vertige, mais encore faut-il une disposition particulière, car beaucoup de personnes résistent à leur influence. Sandras a rapporté quelques exemples qui démontrent toute l'importance de cette prédisposition constitutionnelle ; nous rappellerons seulement celui d'un homme qui ne pouvait pas marcher sur un trottoir d'asphalte sans avoir des vertiges (1).

Le vertige peut se développer spontanément et se reproduire avec une grande fréquence à la suite d'émotions morales, et surtout par une tension habituelle de l'esprit. « J'ai souvent été consulté, dit Neucourt (2), par de jeunes séminaristes qui se plaignaient de céphalée habituelle et de vertiges opiniâtres avec inaptitude au travail intellectuel. J'attribuais ces phénomènes à ce que ces jeunes gens se trouvaient obligés de fixer leur attention d'une manière suivie sur les questions les plus abstraites de la métaphysique. Il m'était difficile de considérer cet état comme étant sous l'influence d'une congestion cérébrale, car la plupart d'entre eux étaient maigres, pâles ; et loin qu'on pût penser à un afflux considérable de sang au cerveau, il y avait plutôt lieu de croire qu'il y en arrivait en quantité insuffisante pour entretenir une stimulation normale. Chez la plupart de ces jeunes gens il y avait en même temps souffrance de l'estomac, atonie gastrique, digestions lentes et pénibles, production abondante de gaz, de sorte que l'on pouvait se demander lequel de ces deux organes, estomac ou encéphale, était le point de départ des accidents ; et j'ajouterai comme dernière considération, que cet état se généralisait dans l'établissement surtout à la suite du carême, c'est-à-dire après l'usage d'une alimentation insuffisante. » C'est évidemment à l'influence de la tension de l'esprit qu'il faut attribuer les *vertiges* et les *hallucinations* de Socrate (3), de Platon, de Numa, de Pythagore, de Mahomet, de Jeanne d'Arc, de Pascal (4).

Le vertige symptomatique et le vertige sympathique reconnaissent aussi un grand nombre de causes différentes : tels sont la plupart des maladies du cerveau et des méninges, les empoisonnements par les narcotiques, l'alcool et les excitants cérébraux ; toutes les causes qui activent la circulation cérébrale ou qui produisent la stase du sang dans l'intérieur du crâne. La pléthore, l'anémie et différentes altérations du sang causent aussi le vertige. Sandras cite un cas où cet accident se rattachait à la présence dans le sang d'une grande quantité de graisse en émulsion. Le même auteur place encore au nombre des causes les névralgies, le coït trop répété, le début et la convalescence de la plupart des maladies. Nous ne revenons pas sur les causes du vertige stomacal.

On a parlé d'un *vertige arthritique*, et Max Simon en cite des exemples puisés dans Sydenham, Musgrave, les deux Frank, Van Swieten ; mais l'état de nos connaissances est si peu avancé à cet égard, que nous croyons devoir nous borner à cette seule indication.

(1) Sandras, *Traité des maladies nerveuses*.
(2) Neucourt, *Des maladies chroniques*, pratique d'un médecin de province. Paris, 1861, chap. V.
(3) Lélut, *Du démon de Socrate*. Paris, 1856.
(4) Lélut, *De l'amulette de Pascal*. Paris, 1846.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

On comprend quelle importance a le *diagnostic* d'une affection qui, comme celle-ci, est ou un simple accident sans gravité, ou un symptôme d'un état général de l'économie, comme la pléthore, ou au contraire l'anémie et l'épuisement, ou d'un trouble fonctionnel des fonctions digestives. L'expérience et l'habitude d'interroger les malades peuvent seules garantir le médecin contre des erreurs de diagnostic rarement préjudiciables au malade, excepté toutefois dans les cas où le zèle du médecin le porterait à prescrire une médication trop active, comme la saignée, qui ne remédierait point au mal dans le cas d'anémie, ou l'émétique, qui pourrait nuire dans quelques maladies de l'estomac.

La principale difficulté qui se présente, c'est de reconnaître le point de départ du vertige, lorsque cet accident est sympathique ; nous avons dit, en effet, que les symptômes vertigineux peuvent être assez prononcés pour masquer ceux de l'organe souffrant. Trousseau et Léon Blondeau ont avec raison insisté sur ce point, à l'occasion du vertige stomacal.

Neucourt (1) a résumé en quelques pages le diagnostic différentiel des vertiges, nous lui empruntons l'énumération des principaux caractères du vertige nerveux.

« Le vertige doit être considéré comme nerveux lorsqu'il est peu intense, se dissipant facilement, lorsqu'il est passager, peu habituel, qu'il survient sans causes connues, ou bien à la suite de causes particulières facilement appréciables, telles que le mouvement d'un navire, d'une balançoire, la situation dans un lieu élevé ; lorsqu'il existe chez les personnes nerveuses, hypochondriaques, hystériques, et qu'il s'accompagne d'insomnie opiniâtre ; lorsqu'il a été précédé de l'administration d'un narcotique ; qu'il est la conséquence de l'ivresse ; qu'il a lieu chez des personnes bien portantes d'ailleurs, mais sujettes à des névralgies... Le vertige nerveux se reproduit plus que tout autre lorsque les personnes se trouvent dans une grande réunion ou éprouvent des impressions morales brusques. On l'observe aussi dans une foule de maladies aiguës, dans lesquelles le cerveau n'est pas particulièrement le siége du mal, telles que la constipation, l'embarras gastrique, la fièvre typhoïde, les maladies qui ont un caractère de malignité, les maladies épidémiques, le choléra, la peste. Quelquefois alors il affecte la forme de vertige ténébreux, quoique cette particularité s'observe rarement dans le vertige nerveux idiopathique, etc.

» Les présomptions sont très-grandes pour un vertige purement nerveux, lorsque le pouls reste calme, ou qu'il est faible et rapide, quoique régulier, avec intégrité de l'intelligence ; lorsque, malgré le retour fréquent des vertiges, la santé se maintient bonne, la mémoire et l'intelligence aussi développées qu'auparavant, et surtout lorsqu'on voit les accidents tendre à diminuer peu à peu. »

Le *pronostic* est entièrement subordonné à la gravité de l'état général ou local qui a déterminé le vertige. Ce phénomène morbide est rarement durable, et l'on doit le considérer comme habituellement accidentel ; néanmoins, s'il est lié à la dyspepsie, il peut se prolonger pendant plusieurs mois.

(1) Neucourt, *ouvr. cit.*

§ VII. — Traitement.

Le vertige n'a-t-il duré qu'un instant, il faut, avant tout, rassurer le malade, qui est, en général, porté à s'exagérer la valeur de cet accident. Des boissons légèrement excitantes, des cordiaux, seront ordonnés avec raison. Si le vertige tend à devenir habituel, il faut modifier la constitution, et, pour cela, il convient de s'adresser à l'hygiène, au régime.

Les tempéraments essentiellement nerveux, chez lesquels des manifestations intermittentes, régulières ou non, ont été observées, réclament l'emploi de moyens spéciaux dont les antispasmodiques sont la base. Trousseau vante la pratique de Bretonneau et recommande les toniques amers, la médication alcaline, l'usage des eaux minérales de Pougues, de Vals, de Vichy (1). L'indication est d'autant plus précise que l'on aura constaté l'existence d'une dyspepsie habituelle : s'il s'agit d'un embarras gastrique, un vomitif administré à propos et avec mesure fera disparaître les accidents. Nous ne ferons que signaler l'emploi de l'éther, de l'ammoniaque, les bains de pieds sinapisés, etc., qui ne sont, après tout, que d'utiles adjuvants, et que le praticien peut varier à l'infini suivant les cas, suivant même la nature de la cause qui a provoqué le vertige.]

ARTICLE X.

NERVOSISME OU ÉTAT NERVEUX.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

[L'état nerveux dont nous parlons a été connu de tout temps, mais n'a point été décrit avant l'époque moderne. On l'a désigné d'abord sous le nom de *cachexie nerveuse* (Lorry, Rob. Whytt), ou *marasme nerveux*, *fièvre nerveuse* (Sandras), *affection vaporeuse* (Pomme), *vapeurs* (Lange), *hystéricisme* (Cullen), *névropathie* (Malcolm Flemines), *névropathie générale* (Fleury) ou *protéiforme* (Cerise); le mot *diathèse nerveuse* a été également employé; enfin E. Bouchut a appelé cette affection *nervosisme* (2).

D'après Bouchut, le nervosisme, qui peut se montrer partout sous la forme d'un trouble fonctionnel de la vie de relation ou de la vie végétative, est une névrose protéiforme dont on peut dire ce que disait Mead de l'hypochondrie : *non unam sedem habet, sed morbus totius corporis est.* Cette névrose a été et est encore confondue le plus souvent avec l'hystérie et l'hypochondrie. On y trouve, d'après Bouchut, de la paralysie, de la contracture, des convulsions toniques et cloniques, des spasmes, des syncopes, des névralgies et viscéralgies, des troubles de l'intelligence et des sens, etc. « Et il n'y a que la manière dont apparaissent, se déve-

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu.* Paris, 1865, 2e édit., t. III, p. 17.

(2) Bouchut, *De l'état nerveux aigu et chronique, ou nervosisme, appelé névropathie aiguë cérébro-pneumogastrique, diathèse nerveuse, fièvre nerveuse, cachexie nerveuse, névropathie protéiforme, névrospasmie, et confondu avec les vapeurs, la surexcitabilité nerveuse, l'hystéricisme, l'hystérie, l'hypochondrie, l'anémie, la gastralgie, etc.*, professée à la Faculté de médecine en 1857 et lue à l'Académie impériale de médecine en 1859. Paris, 1860. — *Rapport à l'Académie de médecine* par Gibert (*Bulletin de l'Académie de medecine*, 1859, t. XXIV, p. 467 et suiv.).

loppent et se succèdent ces phénomènes morbides, qui puisse en révéler la véritable nature. » Il est certain que les meilleurs auteurs, Sydenham entre autres, ont attribué à l'hypochondrie et à l'hystérie les phénomènes nerveux dont il est ici question, et que les traités de pathologie n'ont point contenu jusqu'ici d'article spécial sur l'état nerveux. Nous pensons que le lecteur trouvera ici, sinon la démonstration que le nervosisme a droit à une place considérable dans la nosologie à titre d'espèce morbide nettement déterminée, du moins des preuves suffisantes de l'existence d'une affection nerveuse digne d'être décrite à part et étudiée plus qu'elle ne l'a été jusqu'ici. Le nervosisme est nécessairement chronique, dans l'immense majorité des cas; néanmoins il se rencontre quelquefois à l'état aigu.

§ II. — Causes.

Toutes les causes qui peuvent accroître la prédominance du système nerveux favorisent l'apparition du nervosisme.

Sexe. — Les femmes y sont manifestement plus prédisposées que les hommes, et les circonstances qui font naître chez elles les manifestations de l'affection sont : la puberté, les époques menstruelles, la ménopause, la grossesse. Les dispositions morales tristes paraissent jouer ici un rôle considérable.

Troubles fonctionnels divers et maladies y prédisposant. — Il faut noter en première ligne l'anémie et l'état cachectique résultant d'une débilitation de l'organisme par défaut de nutrition; aussi la gastralgie, la dyspepsie et surtout l'inanition sont-elles des causes de nervosisme. L'inanition avec fièvre serait une sorte de nervosisme aigu. Les pertes séminales, et en général toutes les maladies chroniques, telles que la syphilis, la tuberculisation, etc., peuvent amener le nervosisme.

§ III. — Symptômes.

Forme chronique. — Quelle que soit la cause prédisposante ou déterminante de l'affection, qu'elle soit considérée comme idiopathique ou comme symptomatique, voici, dit Bouchut, quels en sont les symptômes les plus constants : « Les malades arrivent par degrés à un état de souffrance très-vive caractérisée par de l'agacement, une grande irritabilité d'humeur et de caractère, la perversion des sentiments instinctifs, l'exaltation de l'intelligence, la tristesse, la mélancolie ou, au contraire, une gaieté folle. Ils dorment mal, et leur sommeil est agité par des rêves pénibles. Leur faiblesse musculaire est excessive, cependant le danger, le plaisir ou le dévouement leur donnent l'occasion de déployer une activité musculaire incroyable. Chez quelques-uns se voient de la contracture passagère, des spasmes et même de la paralysie partielle. Ils se plaignent de malaises, d'horripilations fréquentes, de froid ou de chaud, de douleurs vagues circonscrites ou générales, quelquefois de migraines ou de névralgies superficielles ou profondes extrêmement pénibles. Leur tête est lourde, se fatigue au moindre exercice intellectuel. Ils ont des étourdissements, des vertiges, des défaillances, des syncopes, et les organes du toucher, de la vue, de l'ouïe, du goût, de l'odorat, présentent de nombreux troubles fonctionnels variant de l'excitation à la paralysie. Les fonctions digestives sont languissantes ou fortement dérangées dans leur exercice par la gastralgie, les flatuosités, les vomissements, la constipation, et plus rarement la diar-

rhée. » Lorsque les choses sont poussées à l'extrême, les malades tombent dans le marasme et l'hypochondrie.

Nervosisme aigu. — Nous ne savons jusqu'à quel point on peut faire une affection séparée de cet état nerveux, véritable fièvre nerveuse résultant, soit des progrès d'une maladie aiguë, fièvre ou pyrexie, soit d'une gastralgie, soit d'une dyspepsie, et caractérisée par la sécheresse de la peau et des muqueuses, l'acidité de l'haleine, l'agitation, la chaleur brûlante, le délire, etc.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Lorsque le nervosisme est le fait d'une dyspepsie avec fièvre, ainsi que Chomel en a rapporté un ou deux exemples, la durée totale est courte, et ne dépasse pas deux mois. La durée du nervosisme aigu, symptomatique, peut être très-courte, on le comprend facilement. Le nervosisme qui résulte des suites d'une maladie aiguë ou qui est lié à un état transitoire de l'économie, peut avoir une durée médiocre. Il n'en est pas de même lorsque l'économie est profondément atteinte par quelque affection organique ou par une maladie chronique. Le nervosisme alors se fait continuellement sentir, dit Bouchut, « tout en laissant à ses victimes une assez grande liberté d'action ; puis, sous l'influence de causes variables, à l'occasion d'un paroxysme, la fièvre devient continue ou rémittente, l'appétit cesse, les forces déclinent, l'amaigrissement se prononce, et les malades, obligés de garder le lit, tombent peu à peu dans le marasme, et finissent par succomber à l'inanition ou à quelques complications viscérales ultimes... »

§ V. — Lésions anatomiques.

Il n'existe pas de lésions propres au nervosisme ; un grand nombre de lésions diverses peuvent se rencontrer à l'autopsie des personnes qui ont succombé après avoir présenté l'état nerveux. Nous rappellerons ce que nous avons dit, que les phthisiques et les dyspeptiques sont plus que d'autres sujets au nervosisme.

§ VI. — Traitement.

Bouchut formule ainsi qu'il suit les prescriptions thérapeutiques :

1° Nécessité d'un traitement hygiénique et moral.

2° Indication de combattre les états morbides ayant donné naissance au nervosisme, et comprenant la chlorose, l'anémie, la pléthore, la syphilis, les entozoaires, les maladies organiques, etc.

3° Indication d'un traitement tonique destiné à fortifier l'organisme primitivement ou secondairement affaibli par les maladies du système nerveux.

4° Combattre les complications organiques qui peuvent se développer.]

ARTICLE XI.

ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.

[Une maladie jusque-là seulement entrevue, mais non décrite, prenait, il y a quinze ans, définitivement sa place dans le cadre nosologique ; et, par une de ces rares bonnes fortunes qu'on ne rencontre qu'à de longs intervalles dans l'histoire de la pathologie, elle recevait un nom qu'elle a conservé depuis. Les interpréta-

tions ont pu varier, la dénomination est restée la même, parce qu'elle était à elle seule l'indication précise de la maladie. Ce qu'Aran, en 1850, appelait l'atrophie musculaire progressive, ce qu'il décrivait avec la sagacité de son esprit observateur, a depuis été contrôlé bien des fois, et si l'anatomie pathologique s'est enrichie de nouveau détails, tout ce qui regarde la symptomatologie n'a pas varié ; le tableau était si fidèle, que l'affection devenait chaque jour plus facile à reconnaître, et l'attention une fois éveillée, il n'y eut plus qu'à recueillir des faits négligés jusqu'alors. Toutefois, si Aran (1) eut le mérite de donner le premier une description exacte de l'atrophie musculaire progressive, nous ne saurions, sans injustice, méconnaître qu'il avait eu des devanciers, qu'en 1850 il avait des émules ; Van Swieten (2) avait écrit : « J'ai eu l'occcasion de voir et de traiter, non pas sans qu'il m'inspirât une pitié profonde, un malade dont les muscles deltoïdes avaient presque entièrement disparu, si bien que je pouvais toucher la tête de l'humérus que la peau seule recouvrait. La masse musculaire appliquée du côté de la paume de la main sur la première phalange du pouce, et qui, par sa contraction, ramène le pouce avec une grande puissance vers la paume de la main, était si amaigrie, qu'elle semblait n'être plus qu'un vestige d'elle-même. Ce malheureux n'avait plus aucune force dans les mains. » Abercrombie (3), Charles Bell (4), Graves (5), d'après Cooke, Darwall (6), rapportent des faits analogues et avec des détails assez précis pour qu'on y trouve les traits principaux de l'atrophie musculaire. Cruveilhier (7), en 1832, rencontrait la même affection ; l'autopsie lui révéla peu de chose, il ne publia son observation que douze ans plus tard ; elle passa presque inaperçue, de même que celle pourtant si complète de Dubois de Neufchâtel (1847), qu'Aran remit plus tard en lumière (1850). Mais déjà, en 1849, Duchenne, de Boulogne (8), avait publié un premier mémoire, résultat de longues et patientes recherches. Il affirmait que cette maladie était distincte des paralysies avec lesquelles on la confondait ; il pressentait, sans être en mesure encore de le démontrer, qu'il y avait là quelque chose de spécial ; seulement les autopsies manquaient, on ne connaissait qu'une lésion, la dégénérescence graisseuse du muscle, et la conclusion devançant trop l'expérience, on ne voyait là qu'une affection musculaire. Thouvenet (9), dans sa thèse inaugurale, avait émis les mêmes opinions, et tel fut l'état de la science jusqu'en 1853 ; Cruveilhier fait à la Charité une autopsie qui révèle la dégénérescence graisseuse des muscles, l'atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens, désormais l'anatomie pathologique de l'affection se constituait, c'est de ce côté que le progrès marcha le plus lentement ; quant à la symptomatologie, elle

(1) Aran, *Recherches sur une maladie non encore décrite du système musculaire* (*atrophie musculaire progressive*) (*Archives générales de médecine*, septembre et octobre 1850).

(2) Van Swieten, *Comment. in Boerhavii Aphorism.*, t. III, p. 170.

(3) Abercrombie, *Maladies de l'encéphale*, traduction de E. Gendrin, p. 622.

(4) Ch. Bell, *Sur le système nerveux*, p. 160.

(5) Graves, *Clinical Lectures on pract. med.*, t. I, p. 509.— Traduit par Jaccoud. Paris, 1863.

(6) Darwall, *Observation d'une espèce particulière de paralysie* (*London med. Gaz.*, 1831, t. VII).

(7) Cruveilhier, *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 1853, t. VIII, p. 490, 546, et la discussion dans le sein de l'Académie, p. 592 et suiv.

(8) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée*, in-8. Paris, 1855, 2e édition, Paris, 1861, et *Archives générales de médecine*.

(9) Thouvenet, *De la paralysie musculaire atrophique*, thèse. Paris, 1851.

avait été fixée pour ainsi dire du premier coup. En Allemagne, en Angleterre, en France, les observations se multiplient; elles sont loin d'être toujours d'accord, les lésions du côté du système nerveux manquent quelquefois, et leur absence jette des doutes sur l'interprétation qui tend à prévaloir; aujourd'hui ces dissidences ne sont pas encore complétement effacées, mais l'opinion qui rallie le plus de partisans est celle qui considère l'atrophie du muscle comme une lésion secondaire, sous la dépendance d'une lésion primitive du grand sympathique. Nous aurons occasion de revenir sur ce sujet, et nous emprunterons à un excellent article de Jules Simon (1), les développements qu'il a exposés avec un remarquable talent.

§ I. — Définition.

La maladie a été décrite en 1848 par Cruveilhier, dans son cours, sous le nom de *paralysie graduelle du mouvement par atrophie musculaire;* par Aran, en 1850, dans un mémoire spécial, sous celui d'*atrophie musculaire progressive;* et par Thouvenet (thèse inaugurale), sous celui de *paralysie musculaire atrophique.* On peut voir, d'après ces dénominations, que deux interprétations de la maladie se sont présentées à l'esprit des observateurs : ou la maladie est une *paralysie*, ou c'est une *atrophie.* Aran a, le premier, bien nettement posé la question, et l'a résolue avec raison, suivant toute probabilité, en niant que cette maladie eût aucun rapport avec les paralysies, opinion à laquelle Cruveilhier s'est rangé, pour certains cas, lorsqu'il a dit : « Cette paralysie progressive du mouvement, partielle ou générale, qui simule les paralysies par lésion de la moelle, a pour *siége*, pour point de départ, non la moelle épinière, non l'encéphale, mais bien les muscles eux-mêmes. La *nature*, la *cause organique* de cette paralysie, c'est une *atrophie musculaire*, atrophie poussée jusqu'à la destruction complète de la fibre musculaire, jusqu'à son remplacement par du tissu adipeux. Tout le temps qu'existera une fibre musculaire intacte, ou encore capable de contraction, l'action musculaire pourra s'exercer. Sans doute on rencontre l'atrophie musculaire à la suite des paralysies du mouvement par lésion des centres nerveux ; mais il y a cette énorme différence que, dans les paralysies ordinaires, l'atrophie musculaire est consécutive à la paralysie, tandis que, dans la paralysie dont il s'agit, l'atrophie est primitive ou idiopathique. » D'ailleurs, Duchenne (de Boulogne), comme Aran, n'admet aucunement l'assimilation de cette maladie à une paralysie, déclarant que la paralysie, quelque ancienne que soit la perte du mouvement, ne suffit pas pour produire à elle seule l'altération de texture, la transformation graisseuse des muscles. Il est vrai que Cruveilhier pense que, dans certains cas, l'atrophie musculaire n'est pas la cause organique première de la maladie, mais qu'elle n'est elle-même qu'un effet, dont la cause est dans l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux, en sorte que la maladie peut être placée dans la classe des paralysies, sous le titre de *paralysie progressive du mouvement par atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux.*

Toute la théorie de la marche de la maladie se trouve dans le passage suivant de J. Cruveilhier : « Je regarde comme démontrée cette proposition que, dans la ma-

(1) Jules Simon, *Nouveau Dictionnaire de méd. et de chir. pratiques.* Paris, 1866, t. IV, art. ATROPHIE MUSCULAIRE PROGRESSIVE.

ladie qui nous occupe, l'atrophie des racines antérieures des nerfs spinaux est la lésion primitive, et l'atrophie musculaire la lésion consécutive, sans conclure en aucune façon que les racines antérieures contiennent, en même temps que les racines motrices, une classe particulière de nerfs que le scalpel n'a jamais démontrée, les *nerfs nutritifs*. Je me rends compte de l'atrophie musculaire d'une façon bien plus simple, en la rattachant au défaut d'action, cette grande cause de l'atrophie en général, et de l'atrophie musculaire en particulier. L'observation démontre, en effet, qu'à mesure que l'influx nerveux diminue dans un muscle, ce muscle s'atrophie en proportion de la diminution de son activité, et que l'atrophie devient complète, et cela très-rapidement, lorsque toute action nerveuse a cessé. Voilà pourquoi la section d'un nerf propre à un muscle ou à un groupe de muscles exerce sur la nutrition de ce muscle ou de ce groupe de muscles, comme aussi sur leur paralysie, une action bien plus complète et bien plus rapide, parce qu'elle est plus directe que les lésions, aussi profondes qu'on puisse les supposer, du centre nerveux céphalo-rachidien. » Ainsi, tout en acceptant le mot *atrophie*, Cruveilhier ne peut se décider à abandonner l'idée d'une *paralysie*. Aran n'hésite pas à déclarer que l'atrophie est démontrée, et que la paralysie ne l'est pas ; qu'au contraire il est démontré qu'il n'y a pas de paralysie. Quant aux cas dans lesquels on a trouvé une atrophie des nerfs moteurs, ils ne sont pas en proportion suffisante pour qu'on les fasse servir à édifier une théorie.

Duchenne se refuse également à admettre la paralysie. « La *contractilité électro-musculaire* conserve toujours son intégrité dans l'atrophie musculaire graisseuse progressive ; elle ne diminue pas en raison directe du degré d'atrophie, comme on l'observe pour la sensibilité électro-musculaire ; elle disparaît seulement quand la fibre musculaire est transformée » (passée à l'état graisseux). Aran fait remarquer que l'atrophie se montre dans certains muscles animés par un nerf, tandis que d'autres, qui ont le même influx nerveux, restent intacts, en sorte que cette explication ne paraît pas admissible, pour le plus grand nombre des cas du moins. Suivant Thouvenet, la lésion atteint les fibres nerveuses terminales une à une ; puis elle gagne les cordons nerveux. Cette explication, qui d'abord n'était guère susceptible de démonstration, se rapproche, comme nous le verrons plus tard, de l'opinion actuelle.

§ II. — Causes.

Les *causes* sont obscures. Sur onze cas, Aran a vu l'affection se montrer neuf fois chez des hommes. Les hommes seuls ont présenté des cas d'atrophie étendue à la presque totalité des muscles de la vie de relation (atrophie musculaire généralisée). L'affection n'a encore été observée que *chez les adultes*, ainsi que l'a constaté Thouvenet. Le même auteur cite cinq cas dans lesquels les sujets étaient rhumatisants. Romberg (1) avait déjà fait la même remarque. Aran a observé que dans plus de la moitié des cas, les sujets avaient fait des excès de travail, et chose digne de remarque, que c'était particulièrement par les muscles qui avaient supporté les grandes fatigues occasionnées par ces excès de travail, que l'atrophie avait commencé. On a des raisons de croire que certaines professions nécessitant de grands efforts musculaires, prédisposent à la maladie. « La continuité et l'excès du travail,

(1) Romberg, *Klinische Ergebnisse* gesammelt von Dr Henoch. Berlin, 1846.

la contraction prolongée de certains muscles, sont donc des circonstances qui peuvent jouer un grand rôle dans la production de l'atrophie progressive ; mais il est impossible d'y voir autre chose que des causes occasionnelles. Le nombre est immense d'individus exerçant la même profession que nos malades, travaillant avec autant d'ardeur qu'eux, et chez lesquels cependant on n'observe et l'on n'observera rien de pareil ; mais, qu'il y ait prédisposition (et cette prédisposition nous ne savons en quoi elle consiste, et si l'on peut la prévenir), les membres les plus fatigués seront certainement ceux qui se prendront les premiers. » (Aran.)

On ne saurait nier l'action des causes traumatiques. L'un de nous a vu une atrophie musculaire de tous les muscles de la partie supérieure du tronc survenue chez un jeune homme de vingt ans, laboureur, qui avait été traîné par ses chevaux sous un de ces rouleaux pesants qui servent à niveler la terre labourée. Nul doute que, dans un certain nombre de cas, des violences directes ne puissent déterminer l'atrophie musculaire progressive. La plupart des causes connues, dit Duchenne, sont seulement occasionnelles. L'*influence de l'hérédité* a été mise hors de doute par Duchenne, Edward Merryon, Hemptenmacher ; l'influence du froid, du froid humide surtout, est signalée par Jules Simon, dans deux cas observés par lui-même. Bien d'autres causes encore ont été invoquées, mais sans qu'on puisse dire qu'elles aient eu une action certaine.

La *fréquence* de cette affection ne saurait être déterminée encore, les faits connus jusqu'ici étant trop peu nombreux. On peut dire cependant qu'elle est assez fréquente, et qu'il en existe constamment des cas dans plusieurs des services d'hôpitaux de Paris. Duchenne (de Boulogne) dit en avoir vu une dizaine de cas chez des personnes de la classe riche ou aisée, en moins d'une année.

§ III. — Symptômes.

Nous empruntons au mémoire d'Aran et à celui de Jules Simon l'exposé des symptômes qui caractérisent l'atrophie musculaire progressive. Ils se divisent tout naturellement en symptômes locaux, en symptômes généraux.

1° *Symptômes locaux.* — L'atrophie musculaire progressive débute d'une manière insidieuse, et avant d'arriver à son développement complet, à des signes extérieurs qui ne laissent plus de doutes sur son existence, il se passe, du côté des régions envahies, des phénomènes qui déjà peuvent appeler l'attention. Le premier de tous est la faiblesse musculaire. Les malades qui font l'objet des observations II, III, V du mémoire d'Aran s'aperçurent tout d'abord que leurs bras étaient moins vigoureux, que dans leurs occupations habituelles ils ne pouvaient plus comme autrefois soulever facilement les fardeaux, se servir de leurs instruments de travail avec la même précision. La contraction musculaire, toutefois, n'est pas abolie, et Duchenne (de Boulogne) a parfaitement démontré que, quel que fût le degré d'atrophie, tant qu'il restait de la fibre musculaire, elle était contractile. Ce caractère important établit une ligne de démarcation tranchée entre la maladie dont nous nous occupons et les paralysies. Dans ces dernières, l'intervention de la volonté est impuissante à produire une action musculaire, tout l'appareil d'un membre est réduit à l'impuissance ; dans l'atrophie, le muscle obéit faiblement à la volonté, mais il se contracte, et l'on peut, à l'aide de l'électrisation, suivre, pour ainsi dire, pas à pas la marche de la lésion. « On assistera, par ce pro-

cédé d'exploration, à un spectacle vraiment intéressant et pénible tout à la fois : on verra disparaître jour par jour les fibres musculaires, et par cela même on évaluera, par cette dissection électrique, la durée probable de l'existence des malheureux atteints de cette affection. Chaque fois que, dans l'atrophie musculaire progressive, l'électricité devient impuissante à réveiller la contraction musculaire, vous pouvez dire que le muscle est graisseux, qu'il est mort. » (Jules Simon) (1).

Presque dès le début les malades se plaignent de *crampes* très-douloureuses, très-prolongées ; les *contractions fibrillaires*, les *soubresauts*, leur succèdent promptement. Les contractions fibrillaires sont plus ou moins apparentes, continues ou intermittentes.

Jules Simon a observé que dans les cas où elles paraissaient manquer, il était possible de les faire naître en excitant la peau, même très-légèrement. Il a constaté aussi qu'elles se montraient plus fréquemment dans certaines régions que dans d'autres, au bras plutôt qu'à l'avant-bras, à la cuisse plutôt qu'à la jambe, etc. Elles sont caractérisées par une sorte d'ondulation du muscle, et quand elles sont très-intenses, elles ressemblent à une convulsion partielle. Elles ne provoquent, d'ailleurs, aucune sensation douloureuse.

L'*amaigrissement* des régions envahies, les *déformations* qui en sont la conséquence, sont des symptômes de la plus haute importance. Duchenne (de Boulogne) les a étudiés avec le plus grand soin, et il en a donné dans des planches une représentation exacte. Nous ne saurions mieux faire que de reproduire quelques-uns de ses dessins dans le courant de cette description ; ils fixeront mieux dans l'esprit du lecteur la marche des altérations dans la forme que ne le ferait la description la plus détaillée.

1° L'atrophie musculaire progressive commence presque toujours dans les membres supérieurs, et plus souvent dans le membre supérieur droit que dans le gauche. Ce n'est pas toujours par le même point de ces membres qu'elle débute : c'est tantôt par les muscles de l'épaule et de la partie supérieure du tronc, tantôt par ceux des bras et des avant-bras, tantôt, et le plus souvent, par les muscles de la main. Ce qu'il y a surtout de remarquable, c'est que l'atrophie est bien loin d'atteindre à la fois toute une masse musculaire. Il est fréquent, au contraire, de voir, à côté d'un muscle atrophié et presque réduit à rien, un muscle qui a conservé son volume normal ; bien plus, on voit parfois, dans les muscles larges, composés de faisceaux distincts et ayant des fonctions différentes, un de ces faisceaux très-notablement atrophié, tandis que les autres ont conservé en tout ou en partie leur volume naturel. Presque en même temps, les sujets s'aperçoivent que le membre qui est le siége de la maladie perd de son volume dans une partie plus ou moins étendue : ainsi, chez certains, l'éminence thénar ou hypothénar diminue et finit par disparaître ; il en résulte une déviation dans l'axe des phalanges ; le premier métacarpien se trouve sur le même plan que le second, il s'en rapproche, ou encore, si les fléchisseurs se prennent, la main devient squelettique ; les interosseux disparaissant à leur tour, elle ressemble à une griffe quand le malade veut l'ouvrir (fig. 14). Une déformation plus complète encore résulte de l'atrophie du fléchisseur sublime, « la phalangine seule restant étendue sur les phalanges tandis que la phalangette reste fléchie, » la main prend l'aspect que

(1) Jules Simon, *Ouvrage cité*.

reproduit la figure 15. Plus tard l'atrophie gagne d'autres muscles, où elle se



Fig. 14. — Les interosseux étant presque entièrement détruits, ainsi que les muscles de l'éminence thénar, les doigts prennent la forme d'une griffe quand le malade veut ouvrir la main. (Duchenne. *Électrisation localisée*, fig. 59.)

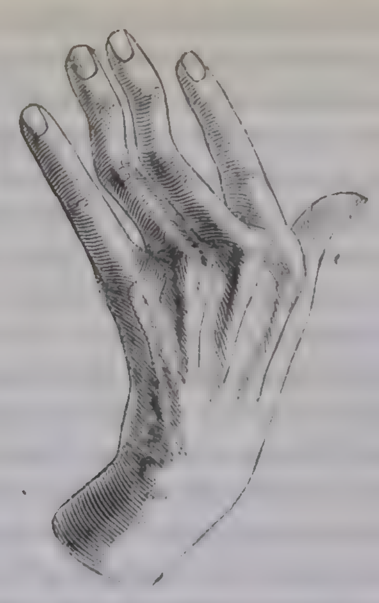


Fig. 15. — Atrophie partielle des muscles moteurs de la main. (Duchenne. *Électrisation localisée*, fig. 83.)

comporte de la même manière, c'est ainsi qu'on voit le membre supérieur, atrophié dans tout l'avant-bras, conserver encore le deltoïde et le biceps (fig. 16 et 17).



Fig. 16 et 17. — Membre supérieur gauche d'un même sujet mis dans deux positions différentes pour montrer la disposition du triceps brachial (fig. 16), avec conservation relative du biceps qui se dessine de profil dans la figure 17. (Duchenne. *Électrisation localisée*, fig. 63, 64.)

Il y a des cas dans lesquels la mort des muscles, l'atrophie, semble frapper toute

une région, tout un appareil musculaire, d'emblée et symétriquement : ainsi tous les muscles élévateurs et moteurs des omoplates et des épaules peuvent être atteints, et la maladie peut marcher non de l'un à l'autre, mais en les attaquant tous à la fois, de sorte que le dépérissement assez rapide de tout cet appareil musculaire amène un changement brusque et des plus caractéristiques dans la forme du corps. On voit alors les malades marcher en supportant en équilibre le haut du corps, les épaules tombant en avant, les bras se balançant et retombant inertes, les omoplates faisant saillie comme deux ailerons; d'autres fois ce sont les muscles du cou, et la tête s'incline, tombe. Ailleurs ce sera une atrophie latérale, et tout un côté du corps sera traîné à la remorque de l'autre. Lorsque les malades sont nus, on est effrayé de l'émaciation des parties atrophiées; le squelette se dessine, tandis qu'en d'autres parties l'embonpoint est conservé. On n'a jamais observé d'atrophie de tous les muscles du corps. Le siége de prédilection, pour ainsi dire, de la maladie est dans les muscles interosseux de la main. Cruveilhier cite un cas dans lequel le diaphragme était complétement atrophié.

Thouvenet a rapporté une observation dans laquelle le sujet ne pouvait remuer que la tête, et faiblement. La langue elle-même était atteinte, et la déglutition des liquides était difficile.

Aran a constaté qu'en même temps que les muscles atrophiés perdent de leur volume, ils cessent de présenter la résistance propre à la fibre musculaire, ce qui lui fait admettre qu'il y a transformation de cette fibre en tissu cellulo-fibreux. Lorsque la lésion est portée à ce degré, les mouvements des muscles affectés, qui jusque-là avaient été simplement affaiblis, sont entièrement abolis.

Les malades éprouvent aussi des *crampes*, qui ne diffèrent en rien, suivant Aran, de celles qu'on observe dans les autres maladies. Elles se montrent principalement au début. Il y a, en outre, des *soubresauts* des tendons, qui résultent des contractions involontaires des muscles affectés.

Il est inutile de dire que cette maladie est de nature à entraver la vie, à jeter les malades dans le découragement et à entraîner des désordres des plus graves. Tout exercice devient impossible, et, par suite, la santé s'altère ; si les muscles atrophiés sont les muscles servant à la respiration, la mort par asphyxie pourra survenir.

« Le caractère fondamental, la caractéristique clinique de cette maladie, c'est la coïncidence de la paralysie du mouvement avec l'intégrité parfaite de la sensibilité générale et spéciale, l'intégrité de l'intelligence et l'intégrité de toutes les fonctions nutritives. Aucune autre espèce de paralysie n'est plus exclusivement limitée au mouvement. Un seul système d'organes est atteint, le système musculaire, une seule fonction, la locomotion. Et s'il m'était permis de parler un langage figuré, mais qui rend parfaitement ma pensée, je dirais que les malheureux affectés de cette maladie parvenue à son apogée réalisent cette fiction du Tasse, qui nous représente les arbres de sa forêt enchantée, dont chacun était une créature humaine métamorphosée, sensibles à tous les coups qui leur étaient portés sans pouvoir s'y soustraire, et ne pouvant exprimer leur douleur autrement que par de sourds gémissements. » (Cruveilhier.)

Cette peinture pittoresque en dit plus que toutes les descriptions de détail.

2° *Symptômes généraux.* — Tant que l'atrophie n'a pas envahi les muscles de la poitrine ou de l'abdomen, on ne constate aucun trouble des grandes fonctions de

la respiration ni de la digestion. L'état général reste satisfaisant; il n'y a pas de fièvre, pas d'inappétence, pas de lenteur dans les digestions. Les fonctions intellectuelles sont dans l'état d'intégrité le plus parfait, et, comme l'exprimait la citation que nous rappelions tout à l'heure, le malade assiste à sa propre décadence.

§ IV. — Lésions anatomiques.

La connaissance des lésions propres à l'atrophie musculaire progressive ne fut acquise qu'après de longues recherches; Cruveilhier qui, le premier, avait, à la Charité, suivi la marche de la maladie, s'attendait à rencontrer des lésions étendues de la moelle. Grand fut son désappointement; l'autopsie ne révéla rien, et il fallut attendre jusqu'en 1848 pour constater cette fois la transformation graisseuse des muscles, deux années encore, pour voir l'atrophie des nerfs rachidiens cervicaux. Puis des faits nouveaux se produisirent dans lesquels manquaient les lésions nerveuses (Axenfeld). On hésitait, en présence de résultats contradictoires, quand Valentiner (1), Fromann, en Allemagne (2), Luys (3), en France, signalent, outre l'atrophie des racines antérieures, une altération profonde de la substance grise de la moelle, avec disparition à peu près complète de ses éléments constitutifs. La prévision de Cruveilhier (4) se réalisait; ce que, par une suite de déductions logiques, il avait annoncé comme devant exister, se trouvait confirmé par l'autopsie. Le fait se présentait avec toutes les garanties d'authenticité, Hérard le soumettait à la Société des médecins des hôpitaux (5), Luys en étudiait les lésions anatomiques; on se souvint alors de quelques observateurs qui, eux aussi, avaient vu les lésions de la moelle, entre autres Valentiner, Duménil, de Rouen (6), et les doutes, s'il en restait encore, furent complétement dissipés par le fait de Schneevoogt (7), où la transformation graisseuse des muscles s'accompagnait d'un ramollissement de la moelle, de l'état graisseux et granuleux des tubes nerveux et des cellules nerveuses de la moelle. Les limites qui nous sont imposées ne nous permettent pas de nous étendre plus longuement sur cet historique, nous renvoyons au mémoire de J. Simon, où tous les faits sont analysés.

Deux ordres de lésions caractérisent anatomiquement l'atrophie musculaire; les premières s'observent dans le système musculaire; les secondes dans le système nerveux.

Lésions des muscles. — Nous avons déjà, dans la symptomatologie, appelé l'attention sur l'amincissement, la disparition progressive des muscles. L'anatomie nous montre que le muscle passe par deux états successifs : le premier, dans lequel, réduit à un volume moindre, il conserve encore ses apparences, sa structure ; sa

(1) Valentiner (de Kiel), *Nouveau fait de paralysie musculaire atrophique progressive avec atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens et lésions de la moelle* (*Prager Vierteljahrschrift*, 1855, vol. XLVI, p. 1).

(2) Fromann, *Atrophie musculaire progressive* (*Deutsche Klinik*, 1857, n°s 33 et 35).

(3) Luys, *Lésions histologiques de la substance grise de la moelle* (*Gazette médicale de Paris*, 1860).

(4) Cruveilhier, *Bulletin de l'Acad. de médecine*, 1853; *Sur la paralysie musculaire atrophique* (*Archives gén. de méd.*, 5e série, t. VII, janvier 1856).

(5) Hérard, *Présentation d'un jeune homme atteint d'atrophie musculaire progressive* (*Bulletin de la Société médicale des hôpitaux*, 1860).

(6) Duménil (de Rouen), *Atrophie des nerfs grand hypoglosse, faciaux, spinaux; atrophie des racines antérieures des nerfs rachidiens* (*Gazette hebd. de méd. et de chir.*, 1859).

(7) Schneevoogt, *Nederlandsch Lancet*, 1854.

coloration seule est changée, il est devenu plus pâle ; le second, où le muscle décoloré passe successivement du rose pâle au jaune peau de daim, et arrive à la transformation graisseuse (Cruveilhier). L'atrophie est plus souvent partielle que générale, et dans un même muscle certains faisceaux peuvent disparaître, tandis que les autres restent intacts. Il semble qu'il y ait pour les muscles de la main une sorte d'élection, puis viennent le deltoïde, les muscles de l'avant bras, le triceps brachial. Plus rarement la maladie s'étend aux muscles du tronc, dans ce cas elle se généralise. Ce n'est jamais d'emblée que les intercostaux se prennent. Duménil (de Rouen) a rapporté un fait intéressant d'atrophie des muscles animés par les nerfs grand hypoglosse, facial, spinal ; ces atrophies partielles sont aujourd'hui bien connues.

Comment s'opère la transformation graisseuse ? Ici deux opinions sont en présence, celle de Charles Robin (1), celle de Virchow. Moins éloignées l'une de l'autre qu'elles ne le paraissent au premier abord, les dissidences, si toutefois il y en a, ne portent que sur des points de détail. Charles Robin a parfaitement reconnu la disparition graduelle des stries, l'état granuleux, puis une autre altération consécutive, l'envahissement progressif par la vésicule adipeuse. Virchow admet deux formes : l'une dans laquelle la fibre musculaire subit la dégénérescence graisseuse, l'autre dans laquelle le tissu interfibrillaire est transformé à son tour. Comme on le voit, le micrographe allemand ne dit rien de plus que Charles Robin, seulement il établit deux périodes successives dans un seul et même état.

Lésions du système nerveux. — Elles sont variables et leur absence dans certains cas a été l'une des causes qui ont le plus contribué à retarder les progrès dans la connaissance de cette affection. Comme nous l'avons déjà dit, Cruveilhier les soupçonnait avant d'en avoir la démonstration. Voici, de nos jours, quel est l'état de la science sur ce point, le résumé que nous présentons est extrait du travail de Jules Simon, que nous avons, dans le courant de cet article, mis déjà tant de fois à contribution : « Les lésions du système nerveux portent non-seulement sur les racines antérieures des nerfs rachidiens, mais encore sur les cordons antérieurs de la moelle, sur les cordons postérieurs, les racines postérieures des mêmes nerfs, enfin sur les nerfs crâniens, grand hypoglosse, facial, spinal, et dans le cervelet lui-même. Et ce qu'il y a de plus important à ajouter, c'est que ces lésions existent, en outre, dans le système nerveux de la vie organique, le grand sympathique, qui, dans deux ou trois observations parfaitement authentiques, a été ou modifié dans sa texture, graisseux, particulièrement au niveau des ganglions cervicaux. »

Nous ne croyons pas devoir insister plus longuement sur ces lésions, mais nous avons cité ce passage textuellement et en entier, parce qu'il nous offrait, en même temps que l'exposé précis des altérations observées dans le système nerveux, un aperçu de la nature même de la maladie. En effet, l'opinion qui tend à se répandre aujourd'hui, c'est que l'atrophie musculaire progressive n'est pas, comme on l'avait pensé fort longtemps, une maladie ayant primitivement son siége dans l'appareil musculaire; qu'il en faut rechercher le point de départ plus loin, et que c'est dans une lésion du grand sympathique lui-même qu'on trouve la raison des phénomènes observés. Ce seraient les nerfs vaso-moteurs qui seraient primitivement altérés sous l'influence de causes qui nous échappent, et toute la maladie serait un

(1) Charles Robin, Note sur l'atrophie des éléments anatomiques (*Comptes rendus et Mémoires de la Société de biologie*, Paris, 1854, in-8, p. 4).

trouble de la nutrition de l'appareil musculaire et de l'appareil nerveux de la vie de relation. Trois théories se trouvent en présence : 1° Aran et Duchenne localisent toute la maladie dans les muscles ; 2° Cruveilhier la rattache à des lésions de la moelle et des nerfs rachidiens ; 3° le point de départ est dans une lésion primordiale du grand sympathique, selon Trousseau (1), Jaccoud (2), Duménil, Schneevoogt, Remak, Jules Simon, etc. C'est à cette dernière opinion que nous nous rallierons, elle nous semble donner la clef de toutes les différences plus apparentes que réelles, constatées par les nombreux observateurs dans les cas déjà multipliés d'atrophie musculaire progressive.

§ V. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

La *marche* de la maladie est essentiellement envahissante. Il est rare qu'elle reste limitée à un membre ou à une de ses parties. Lorsqu'elle paraît ainsi limitée, il est bien à craindre qu'il n'y ait qu'un temps d'arrêt. Aran a remarqué que lorsque l'affection se montre aux membres inférieurs, elle a plus de tendance à se généraliser. Il en résulte que l'*atrophie partielle* ne doit être regardée que comme un *premier degré de la maladie*. La *durée* de cette affection est variable : si, dans la plupart des cas, elle parcourt lentement ses périodes, et n'arrive à une terminaison fatale qu'après huit ou dix ans, elle est parfois arrivée, en moins de trois années, à une généralisation à peu près complète.

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

Les détails dans lesquels nous sommes entré nous dispensent d'insister longuement sur le diagnostic ; en effet, l'atrophie se distingue des *paralysies* en ce que dans celles-ci, *le mouvement volontaire est plus ou moins complétement aboli*, tandis que dans celle-là il n'y a, tant qu'il reste quelques fibres musculaires, qu'un *affaiblissement* plus ou moins grand de ce mouvement volontaire. En d'autres termes, le muscle dans les paralysies a la force d'exécuter les mouvements, mais il n'obéit pas ou obéit mal, tandis que dans l'atrophie il obéit bien, mais la force manque.

La galvanisation, telle que la pratique avec tant d'habileté Duchenne (de Boulogne), peut être d'un grand secours pour ce diagnostic. En effet, sous son influence, l'irritabilité musculaire se produit dans l'atrophie, comme dans les paralysies rhumatismales et hystériques, mais elle est plus faible, parce que les fibres musculaires sont devenues plus rares et plus faibles. Dans la paralysie saturnine et celle qui a pour cause la lésion d'un nerf, l'irritabilité musculaire est au contraire détruite.

Le *pronostic* est grave puisque cette atrophie réduit les membres à l'impuissance et constitue une infirmité incurable ; indépendamment des fâcheuses dispositions morales dans lesquelles se trouve un malade qui chaque jour constate la décadence de ses forces, il arrive, dans l'atrophie généralisée, des troubles tels dans les fonctions respiratoires, que la vie se termine par une lente asphyxie. Il n'est pas rare de voir les malades enlevés par des affections intercurrentes auxquelles les prédispose leur affaiblissement progressif.

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*.
(2) Jaccoud, *Bulletin de la Société méd. des hôpitaux*, 1864.

§ VII. — Traitement.

Si l'on en excepte Duchenne (de Boulogne), la plupart des médecins, découragés par de nombreuses et inutiles tentatives, déclaraient que l'atrophie musculaire progressive était incurable. Aran avait vu échouer les traitements les plus variés, et il n'accordait qu'une confiance très-limitée aux électrisations de Duchenne; c'était cependant là ce qui rendait le plus de services; seulement l'application en était difficile. Ce mode de traitement exigeait une longue patience; les malades, dès qu'une amélioration légère se produisait, sortaient de l'hôpital pour y rentrer quelques mois plus tard dans un état plus grave. Thouvenet (1) avait rapporté deux observations de guérison. Remak en signala d'autres (2), et si le nombre est encore bien restreint de malades qui ont guéri par ce procédé, nous ne croyons pas moins qu'il faille sérieusement continuer son emploi : les courants constants semblent devoir être préférés aux courants intermittents.

Les modificateurs généraux ne devront pas être laissés de côté. Les eaux sulfureuses, telles que celles d'Aix-la-Chapelle, seront indiquées : leur emploi sera prolongé; elles ont pour but de réveiller l'activité des fibres musculaires, de soutenir les forces des malades. Nous croyons inutile de chercher à prévoir les indications qui pourraient se présenter, et apporter dans un cas particulier des modifications dans le traitement. Il nous suffira de rappeler l'observation de Rodet (de Lyon), où les accidents, développés sous l'influence de la syphilis, furent arrêtés dans leur marche par l'usage de l'iodure de potassium (3).]

ARTICLE XII.

ATAXIE LOCOMOTRICE.

[Nous avons vu dans l'article précédent, l'atrophie musculaire progressive se constituer, nous avons essayé de retracer les phases diverses de son évolution ; nous voulons maintenant étudier l'ataxie locomotrice. L'attention est vivement éveillée sur ce sujet; aux brillantes espérances des premiers jours succède un moment plus réfléchi, plus calme, où des opinions diverses s'étant produites, on les examine, on les pèse ; ce n'est pas encore l'heure où les doutes se dissipent, c'est la période de laborieux achèvement d'une œuvre dont quelques parties sont encore à l'état d'ébauche indécise. La tâche nous sera rendue facile par les travaux récents sur lesquels portera notre analyse (4).

L'ataxie locomotrice est-elle une maladie nouvelle, ou bien en peut-on retrouver

(1) Thouvenet, *De l'atrophie musculaire atrophique*, thèse inaugurale. Paris, 1851, n° 255.

(2) Remak, *Curabilité de l'atrophie musculaire progressive* (*Gaz. méd. de Paris*, 1864).

(3) Rodet, *Atrophie musculaire de nature syphilitique, guérie par l'iodure de potassium* (*Union médicale*, 1859).

(4) Duchenne (de Boulogne), *Mémoire sur l'ataxie locomotrice progressive* (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1858, avril 1859); *Traité de l'électrisation localisée*, 2e édit. Paris, 1861, p. 389, 424, 547. — Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel Dieu*, 1re édit., 1862, p. 181 et 182 ; 2e édit., 1865, t. II, p. 505, 549; *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1865, art. ATAXIE LOCOMOTRICE. — Hipp. Bourdon, *Études cliniques et histologiques sur l'ataxie locomotrice progressive* (*Arch. gén. de méd.*, 1861);

la trace dans le passé ? quelle est la part qui doit revenir à chacun dans sa constitution définitive telle qu'elle est acceptée aujourd'hui ? La réponse à ces questions n'est ni bien longue ni bien difficile à faire.

§ I. — Historique.

L'ataxie, le désordre des mouvements, était bien connue comme symptôme, et longtemps avant les leçons de Bouillaud, elle avait fixé l'attention des médecins ; mais on la confondait avec les paralysies, elle était rangée parmi les maladies dépendantes d'une affection chronique de la moelle épinière. Un nom particulier, que nous retrouverons encore dans la période moderne, servait à la désigner : c'était le *tabes dorsualis*, mais il comprenait une foule d'affections dans lesquelles les fonctions génitales étaient plus ou moins compromises, et depuis Hippocrate jusqu'à Bonnet, Sauvages, Frank, on se contenta de ce terme vague, confus, tantôt en étendant la signification, tantôt en la restreignant, sans jamais atteindre à la vérité. Toute la période qui suivit la restauration des études anatomiques ne porta pas beaucoup plus de fruits ; et si nombreux qu'aient été les travaux, il faut arriver jusqu'à Lallemand pour qu'un peu de jour se fasse au milieu de cet assemblage de symptômes, de cette foule de maladies n'ayant qu'un lien commun, la spermatorrhée. Mais là encore, l'entité pathologique ne se dégageait pas. C'était en Allemagne que se préparait cette éclosion ; elle fut lente toutefois, et si l'on trouve quelques indices dans Löwenhardt, Wenzell, etc., c'est en 1827 seulement que W. Horn (1) constata l'atrophie des nerfs de la queue de cheval. Hufeland (2), plus précis dans la symptomatologie, confirme les détails anatomo-pathologiques. Vient enfin Steinthal (3), puis Romberg (4), dont les travaux, en 1837, firent peu d'impressions, pour devenir plus tard le point de départ de presque toutes les recherches.

Successivement Wunderlich (1853) (5), Virchow (1855), Rokitansky (1854) (6), Türck (1856) (7), ajoutent de nouveaux détails aux connaissances anatomo-pathologiques ; la lésion de la moelle est reconnue par tous, et le microscope aidant, elle est nettement précisée. On y ajoutera désormais peu de chose, les dissidences ne porteront que sur l'interprétation des symptômes.

En Angleterre on s'occupait aussi de l'ataxie locomotrice, non pas peut-être avec

Nouvelles recherches (*Arch. gén. de méd.*, 1862). — Marius Carre, *De l'ataxie locomotrice progressive*, thèse de doctorat. Paris, 1862, réimprimée en 1865. — Edwards, *Anatomie pathologique de l'ataxie locomotrice*, thèse de Paris, 1863. — Axenfeld, *Pathologie médicale* de Requin. Paris, 1863, t. IV ; *Lésions atrophiques de la moelle* (*Archives gén. de méd.*, 1863). — Eisenmann, *Die Bewegungs Ataxie*. Wien, 1863. — Jaccoud, *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*. Paris, 1864. — Topinard, *De l'ataxie locomotrice et en particulier de la maladie appelée ataxie locomotrice progressive*, couronné par l'Académie impériale de médecine. Paris, 1864.

(1) W. Horn, *De tabe dorsuali prolusio*. Berlini, 1827.

(2) Hufeland, *Méd. pratique*, 1851.

(3) Steinthal, *Beiträge zur geschichte und Pathologie der Tabes dorsualis* (*Journal d'Hufeland*, 1844).

(4) Romberg, *Lehrbuch der Nervenkrankheiten*. Berlin, 1840 ; 3e édit., trad. angl. par Sieveking, 1853.

(5) Wunderlich, *Progressive spinal Paralysie*, in *Handbuch der Pathologie und Therapie*.

(6) Rokitansky, *Uber Bindegewebs-Wucherung im Nervensysteme*. Wien, 1857.

(7) Türck, *Uber die Degeneration einzelner Ruckenmarks-Stränge* (*Sitzungsberichte der k. k. Akademie zu Wien*, *naturwissenschaftliche Classe*. Wien, 1856).

le même succès, mais cependant nous trouvons à signaler d'importants travaux. Stanley (1841), Webster (1843), publient deux observations; ils n'en tirèrent pas toutes les conséquences qui en pouvaient découler. Todd (1847) (1), étudiant deux cas qu'il avait sous les yeux, diagnostiqua une lésion de la moelle, et dans un mémoire sur la coordination des mouvements, il rendit compte des autopsies qu'il avait pu faire; un peu plus tard (1858), Gull confirme les vues de Todd, les complète et fait de la maladie qu'il décrit une myélite chronique (2).

En France, on ne s'occupait pas moins activement qu'en Allemagne de ces troubles singuliers de l'appareil musculaire que Bouillaud (3) déjà, en 1846, appelait de l'ataxie. Cruveilhier ne les avait pas laissés passer inaperçus. Des observations assez nombreuses avaient été publiées, mais il manquait à ces travaux l'unité de vues qui seule eût permis d'en tirer profit. Ce ne fut vraiment qu'en 1858, après le mémoire de Duchenne, de Boulogne (4), que la connaissance de la maladie se propagea; Trousseau dans ses cliniques la décrivit en commentant et développant les idées de Duchenne, qu'il adoptait entièrement, et depuis cette époque les mémoires originaux se sont multipliés; parmi les plus importants nous signalerons celui d'H. Bourdon (5), les observations d'Oulmont (6), de Duménil (7), les mémoires de Charcot et Vulpian (8), l'article d'Axenfeld (9), celui de Trousseau (10), les thèses de Dujardin-Beaumetz (11), Ortet (12), Edwards (13), A cette liste que nous aurions pu faire beaucoup plus longue, nous devons ajouter, comme présentant le résumé le plus fidèle, le plus complet, de nos connaissances sur ce sujet, l'excellent travail de Topinard (14), celui de Marius Carre (15), l'étude de Jaccoud (16), nous aurons à leur faire de nombreux emprunts dans le courant de cet article.

Duchenne (de Boulogne), auquel il faut, en France, rapporter les premières notions exactes sur l'ataxie locomotrice, avait, au moment où il écrivait (1858), le mérite incontestable, sinon de faire une découverte, du moins de tirer de son propre fonds tous les éléments de ses travaux. Une question de priorité ne saurait être discutée ici avec tous les développements qu'elle comporterait, mais nous croyons

(1) Todd, *Cyclopædia of Anatomy and Physiology*, art. *Nervous System*. London, 1847, vol. III, p. 721.
(2) Gull, *Guy's Hospital Reports*. London, 1856 et 1858.
(3) Bouillaud, *Nosographie médicale*. Paris, 1846, t. V.
(4) Duchenne (de Boulogne), *Ataxie locomotrice* (*Archives de méd.*, 1858).
(5) H. Bourdon, *Archives de méd.*, 1861 et 1862.
(6) Oulmont, *Union médicale*, 1861.
(7) Duménil, *Union médicale*, 1862.
(8) Charcot et Vulpian, *Gaz. hebdomad. de méd. et de chir.*, 1862.
(9) Axenfeld, *Pathologie médicale* de Requin. Paris, 1863, t. IV; *Archives génér. de médecine*, 1863.
(10) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1re édit., p. 181; 2e édit., t. II, p. 505, 549.
(11) Dujardin-Beaumetz, *De l'ataxie locomotrice*, thèse inaugurale. Paris, 1862.
(12) Ortet, *De l'ataxie locomotrice*, thèse de Paris, 1862.
(13) Edwards, *Anatomie pathologique et traitement de l'ataxie locomotrice progressive*, thèse inaugurale. Paris, 1863.
(14) Topinard, *De l'ataxie locomotrice*. Paris, 1864.
(15) Marius Carre, *De l'ataxie locomotrice progressive*, thèse de Paris, 1862, *Recherches nouvelles*, 1865.
(16) Jaccoud, *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*. Paris, 1864.

n'être que juste en restituant au savant français tout ce qui lui appartient réellement, tout ce que des critiques un peu sévères lui ont contesté. Duchenne devait ignorer les travaux des Allemands à cette époque, et personne mieux que lui, ni avant lui, n'avait étudié les troubles musculaires, personne n'en a donné une description plus exacte, plus physiologique. Nous aurons occasion de revenir sur ce point, et de citer encore d'autres noms. Nous n'avons voulu, dans cette note historique, que retracer brièvement les phases diverses qu'a traversées l'ataxie locomotrice. On y peut, d'après Marius Carre, reconnaître trois périodes :

« 1° La période ancienne, qui s'ouvre à Hippocrate et s'étend jusqu'au commencement du siècle actuel, et dans laquelle l'expression de *tabès dorsal* sert à désigner d'abord une maladie de la moelle épinière, puis est appliquée surtout à la faiblesse paralytique et aux symptômes névrosiques qui accompagnent les pertes séminales.

» 2° La période allemande, qui commence vers 1825 et finit au mémoire de Duchenne (de Boulogne) ; le *tabès dorsal* se dégage des affections nerveuses et paralytiques voisines, et est localisé dans la partie postérieure de la moelle épinière.

» 3° La période contemporaine, dans laquelle le *tabès dorsal* et l'*ataxie locomotrice* désignent une même maladie, dont les diverses parties sont approfondies, et qui est considérée comme une entité morbide. »

§ II. — Définition, synonymie, fréquence.

Il devait arriver pour une maladie étudiée de tous les côtés à la fois qu'un grand nombre de mots seraient proposés pour la désigner. Nous la voyons en effet caractérisée en Allemagne sous le nom de *tabes dorsalis* ou *dorsualis;* Wunderlich l'avait appelée *paralysie spinale progressive ;* Löwenhardt (1), Oertel (2), *myélophthisie chronique;* en France, on accepta d'abord la dénomination d'*atrophie des faisceaux postérieurs de la moelle*, qui, en définitive, ne disait rien de la maladie, et ne déterminait que la lésion ; Duchenne l'appela *ataxie locomotrice ;* Trousseau, sous le nom de maladie de Duchenne, vulgarisa le terme qui est aujourd'hui généralement accepté. *Ataxie locomotrice* n'est peut-être pas une locution rigoureusement exacte, en ce sens que le mot *ataxie* avait déjà une signification dont il est détourné, mais, comme le fait remarquer Trousseau, l'usage l'a consacré, et nous le conserverons ; nous le trouvons préférable encore aux termes de myélophthisie ataxique (3), de sclérose des faisceaux postérieurs (4).

Que désigne-t-il ? « Une maladie essentiellement chronique, caractérisée spécialement par l'abolition progressive de la coordination des mouvements volontaires, simulant une paralysie qui contraste avec l'intégrité de la force musculaire » (Trousseau, Duchenne). Topinard la définit : « un désordre de la fonction qui préside à la progression, à l'équilibration et autres actes de musculation volontaire, désordre non causé par la paralysie, l'atrophie musculaire, une déformation du

(1) Löwenhardt. *De myelophtisi chronica vera*. Berolini, 1812.
(2) Oertel, *De myelophthisi sicca*. Berolini, 1846.
(3) Marius Carre, *L'ataxie locomotrice*, 1865.
(4) Jaccoud, *Les paraplégies et l'ataxie du mouvement*.

squelette, etc., et différent du tremblement, de la chorée et des convulsions générales en particulier, toniques ou cloniques. »

Jaccoud fait de l'ataxie locomotrice un trouble fonctionnel, rien de plus, et dit : « Dans la sphère de la motilité, l'ataxie est constituée par l'abolition complète ou incomplète de la coordination normale des mouvements volontaires. »

Axenfeld, dans sa judicieuse étude, accepte le mot d'ataxie servant à caractériser « certains troubles pathologiques, qui ne sont ni des convulsions, ni des paralysies, et qui consistent essentiellement en une coordination défectueuse des mouvements volontaires. »

Nous croyons inutile de multiplier les citations : ce que nous tenions à établir, c'est que tout le monde est d'accord sur le fait de l'incoordination des mouvements volontaires ; et, du moment où ces troubles se rattachent à une lésion anatomique constante, du moment où, comme symptômes, ils sont toujours sous la dépendance de la même altération anatomique, il y avait lieu à les étudier : 1° dans les diverses maladies où ils se présentent associés à d'autres troubles ; 2° dans l'entité pathologique aujourd'hui dégagée, où, parfois, ils existent seuls (comme dans l'observation de Teissier, de Lyon (1) ; où, le plus souvent, ils s'accompagnent de nombreux phénomènes que nous passerons maintenant en revue.

§ III.— Symptômes.

Nous serions entraîné trop loin si nous voulions rechercher le trouble fonctionnel *ataxie* partout où il se peut présenter. Nous n'avons en vue dans ce paragraphe rien autre chose que la maladie de Duchenne, c'est à cet auteur que nous emprunterons la division en trois périodes ; elle simplifiera notre étude, et rendra plus saisissant le tableau de la marche de la maladie.

Première période. — « La paralysie de la sixième paire ou de la troisième paire, ou l'affaiblissement et même la perte de la vue avec inégalité des pupilles étaient des phénomènes ou de début, ou précurseurs des troubles de la coordination des mouvements. Des douleurs térébrantes, caractéristiques, vagabondes, erratiques, de courte durée, rapides comme l'éclair ou semblables à des décharges électriques, revenant par crises et attaquant toutes les régions du corps, accompagnaient ou suivaient ces paralysies locales ; ces phénomènes constituaient une première période. » Ce que Duchenne écrivait en 1858 est encore accepté aujourd'hui : toutefois, les observateurs ne sont pas tous d'accord sur celui des symptômes qui apparaît le premier. Pour Duchenne, il semblerait que les *paralysies oculaires* seraient le signe précurseur ; Topinard, sur cinquante-six observations précises, les a notées vingt-neuf fois avant l'ataxie, vingt-sept fois après elle ; Trousseau ne leur donne pas non plus le premier rang, et cependant tous les auteurs qui se sont occupés de l'ataxie locomotrice s'accordent à en reconnaître l'existence : elles sont donc constantes dans la première période, et nous pouvons dire qu'elles y doivent être signalées, quelle que soit l'époque de leur apparition. Il en est de même d'autres *paralysies transitoires*, qui offrent ce singulier caractère de disparaître aussi rapidement qu'elles sont nées, excluant ainsi toute idée d'une lésion cérébrale sous la dépendance de laquelle elles auraient été placées : telles sont des

(1) Teissier (de Lyon), *De l'ataxie musculaire* (*Gaz. méd. de Lyon*, 1861).

hémiplégies faciales, des paralysies de la langue. Trousseau (1) a rencontré une fois la paralysie du nerf auditif d'un côté, Duchenne la paralysie du voile du palais et du larynx.

L'affaiblissement de la vue coïncide souvent avec la paralysie des muscles oculaires ; tantôt bornée à un seul côté, tantôt se développant successivement dans les deux yeux, l'amaurose devient complète, avant que les troubles musculaires soient nettement caractérisés. Ce symptôme manque quelquefois.

Les *douleurs* accusées par les malades ont un cachet spécial qui éveillera toujours l'attention. Elles sont rapides, fugaces, plus rarement persistantes. Elles sont comparables à une violente secousse électrique ; elles sont profondes, térébrantes ; elles reviennent par accès plus ou moins éloignés, et quand elles se montrent, elles se localisent dans un membre pendant tout l'accès ; plus rarement elles changent de place ; quelques auteurs ont signalé l'*hyperesthésie* passagère de la peau au niveau du point douloureux. Il en faut rapprocher des sensations particulières de *constriction* extrêmement pénible, aux tempes, au cou, au tronc, à l'abdomen. A ce moment apparaissent encore la *constipation*, l'*incontinence nocturne des urines*, la *spermatorrhée* et l'*anaphrodisie*. Ces deux derniers symptômes sont des plus fréquents, et appartiennent souvent au début de la maladie, alors même que rien autre chose n'eût pu le faire soupçonner. Les cas contraires de *priapisme* sont très-rares : Eisenmann en cite un cas remarquable (2) ; Trousseau a rencontré des ataxiques chez lesquels « la faculté de répéter le coït un grand nombre de fois dans un seul espace de temps », a été pour lui l'indice de l'affection naissante.

Ainsi pour résumer cette dernière période, on y constate : de la paralysie des moteurs oculaires, des amauroses complètes ou incomplètes, des douleurs caractéristiques, des paralysies temporaires, des troubles divers du côté des organes génitaux. Il s'en faut de beaucoup que tous ces phénomènes soient constants, que leur apparition, leur succession soient régulières ; mais ces troubles du système nerveux n'en ont pas moins une importance qui ne saurait être méconnue. Dans la période suivante nous trouverons des désordres plus nettement accusés, ce sont : l'*incoordination musculaire* et l'*anesthésie cutanée*.

Deuxième période. — « Après un temps plus ou moins long (de quelques mois à plusieurs années), apparaissaient des vertiges, des troubles de l'équilibration et de la coordination des mouvements ; en même temps, la diminution ou la perte de la sensibilité tactile et douloureuse d'abord dans les membres inférieurs, ou quelquefois dans les membres supérieurs. » (Duchenne.)

Le défaut de coordination des mouvements débute, dans l'immense majorité des cas, par les membres inférieurs, longtemps même il se bornera là, et quand il envahit les muscles des bras, c'est que déjà la maladie a fait de grands progrès : étudions-la d'abord dans les membres inférieurs. Ce sont, au commencement de cette période, des troubles peu accusés, et dont bien des malades n'ont pas conscience. Caractérisée par des contractions irrégulières, spasmodiques, de quelques-uns des muscles des jambes, l'incoordination des mouvements n'est pas encore assez prononcée pour modifier l'allure habituelle ; la marche est facile, la station

(1) Trousseau, *Dictionn. de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1865, t. III, p. 753.
(2) Voy. Topinard, *De l'ataxie locomotrice*, obs. CLXIV. Paris, 1864.

verticale immobile est beaucoup plus difficile : les ataxiques, au moins quelques-uns, semblent osciller comme un pendule, cherchant constamment à se maintenir en équilibre. Tant que l'ataxie est limitée, ce travail d'équilibration n'est pas trop apparent, mais sitôt que la maladie a fait quelques progrès, les efforts se trahissent, l'embarras devient d'autant plus évident que la préoccupation est plus grande. De ces malades, les uns écartent les jambes pour élargir leur base de sustentation, les autres s'appuient immédiatement soit sur un bâton, soit sur un meuble qu'ils serrent avec énergie. Une fois arrêtés, ils craignent de se remettre en marche, et le départ chez eux à quelque chose de caractéristique qu'on n'oublie plus quand on l'a plusieurs fois observé. Les jambes sont tour à tour lancées en avant, l'effort musculaire est dix fois plus considérable qu'il ne serait nécessaire, et quand le membre inférieur retombe sur le sol, il s'appuie lourdement sur le talon d'abord, Les jambes ainsi projetées décrivent en dehors de l'axe du corps des mouvements d'abduction et d'adduction souvent très-étendus ; d'autres fois les muscles de la cuisse fonctionnant assez régulièrement, tout le désordre se limite aux muscles de la jambe et du pied ; dans ce cas, le pied s'élève tout entier au-dessus du sol, la pointe portée d'une manière exagérée en dedans ou en dehors, le malade sent si bien son insuffisance, qu'il a hâte de ramener vers le sol le membre soulevé, et comme la direction du mouvement lui échappe, ses jambes se mêlent, il fait à chaque instant effort pour ne pas tomber. Après quelques instants de marche, il s'établit, par une sorte d'automatisme, un mouvement plus régulier, et, sur un sol plat, l'ataxique au début de la seconde période peut fournir encore des courses assez longues ; il trébuchera souvent, il aura souvent encore beaucoup de peine à réprimer les contractions désordonnées de ses muscles, mais il y arrive, surtout s'il peut s'appuyer sur un bras ou sur un bâton qui, lui rendant quelque confiance, lui donneront immédiatement une démarche plus assurée. C'est là, en effet, un des phénomènes les plus curieux de l'ataxie, et il a été constaté par tous les auteurs, que du moment où l'ataxique craint une chute, il lui devient impossible d'équilibrer ses mouvements, il se condamne à l'immobilité, ou s'il veut aller en avant son embarras augmente ; tous les observateurs ont vu les malades marcher sans trop de difficultés sur un tapis, et ne pouvoir, ne pas oser faire un pas sur un parquet ciré. Nous avons recueilli l'observation d'un malade ataxique depuis plusieurs années déjà, qui, sorti de chez lui, un jour de pluie, arriva sur la place de la Concorde, s'engagea sans y penser sur les trottoirs bituminés, et tout d'un coup, voyant à ses pieds une surface unie et brillante, se trouva dans l'impossibilité la plus absolue de faire un pas ni en avant ni en arrière, et dut réclamer l'assistance d'un passant pour aller retrouver le macadam.

Les choses peuvent rester longtemps en cet état ; mais si la maladie fait des progrès, l'incertitude dans la marche se traduit par des allures toutes spéciales : l'ataxique jette ses deux jambes en avant, on croirait qu'il va faire un pas très-allongé, il n'en est rien, le pied retombe lourdement sur le sol, le malade piétine, il semble entraîné, une chute est imminente, et pour la prévenir, les bras exécutent de nombreux mouvements, le corps s'agite en tous sens comme celui du bateleur qui se maintient en équilibre sur une corde : tous ces efforts sont sans résultat ; quoi qu'il fasse, l'ataxique s'épuise dans une lutte stérile, il ne peut coordonner ses mouvements. A un degré plus avancé encore, au moment où seul, le malade

serait incapable d'agir, lorsque, s'étant à grand'peine soulevé sur son fauteuil, il appuie les pieds à terre, s'il essaye, soutenu par deux aides, de faire quelques pas, ses jambes oscillent comme deux balanciers, et s'agitant à droite, à gauche, elles ne servent plus à la progression qui tout entière s'exécute par l'intervention des aides sur lesquels les bras de l'ataxique s'arc-boutent énergiquement.

Tels sont les phénomènes qui se présentent du côté des membres inférieurs. Pour les membres supérieurs qui bien rarement sont pris d'emblée, dans lesquels les désordres n'apparaissent ordinairement que plus tard, les troubles ne sont pas moins caractéristiques : si le malade veut saisir un objet, la main s'en empare brusquement ; pour porter un verre aux lèvres, par exemple, il exécute une série de mouvements saccadés, et les secousses sont parfois si violentes, que le contenu du verre est jeté à terre avant d'avoir pu parvenir jusqu'à la bouche. Nous avons vu des ataxiques dans cette situation, se cramponner d'une main à leur lit, de l'autre s'efforcer de boire, et y parvenir enfin ; ils savaient qu'il leur était impossible d'y réussir s'ils restaient debout, sans appui. Si on les fait écrire, il leur faut encore prendre une foule de précautions, et malgré cela, ils tracent des caractères confus ; la main qui tient la plume est entraînée à chaque instant par de brusques secousses, le papier se recouvre de traits, de hachures, l'écriture est illisible.

Jusqu'ici nous ne nous sommes occupé que du fait d'incoordination des mouvements en lui-même ; il nous en faut signaler un autre d'une réelle importance. Laissez à l'ataxique la vision libre, il exécutera, imparfaitement il est vrai, mais enfin il exécutera encore un certain nombre de mouvements ; supprimez-la-lui, vous le réduisez à l'impuissance la plus absolue. Il ne saura plus marcher, il ne saura plus même se tenir debout, vous déterminerez immédiatement l'exagération des désordres que nous avons décrits. Tous les malades redoutent l'obscurité, et, si les yeux ne peuvent plus les guider, s'ils ne peuvent plus voir leurs membres agir, leur embarras devient tel que toute action musculaire est impossible. Le trouble diminue, il est vrai, dès qu'un point d'appui, si faible qu'il soit, est offert à l'ataxique, mais il reste encore plus complet qu'il ne l'était quand les yeux étaient ouverts.

Nous avons parlé souvent de points d'appui, d'efforts énergiques, c'est, qu'en effet, les muscles conservent leur force de contraction presque jusqu'à la fin de la maladie. Ce qui manque à l'ataxique ce n'est pas l'intégrité de la fibre musculaire prise isolément, c'est l'harmonie dans l'ensemble ; aussi peut-on faire soulever des poids considérables, exercer des tractions énergiques, à un malade qui se sent soutenu. L'exploration de la contractilité musculaire a fourni à Duchenne (de Boulogne) de curieux renseignements ; il a, pour la mesurer, inventé un dynamomètre (1) spécial, à l'aide duquel il est possible d'apprécier la puissance contractile ; cet examen peut, sans le secours du dynamomètre, se faire, soit dans la position assise, soit dans la position horizontale. Cette dernière est préférée généralement : le malade est couché sur son lit, les membres étendus ; si l'on applique la main au niveau des malléoles et qu'on ordonne au malade de fléchir la jambe sur la cuisse, il peut, au début de la seconde période, vaincre la résistance qu'on lui oppose, et il déploie, dans cet effort, une puissance de contraction musculaire telle

(1) Duchenne (de Boulogne), *De l'ataxie locomotrice progressive* (*Archives générales de médecine*, décembre 1858).

qu'on n'eût pu s'y attendre après avoir vu son embarras dans la marche. Dès que l'on cesse de contenir le membre, si le malade veut le maintenir élevé au-dessus du lit, le désordre des mouvements se révèle par des secousses spasmodiques qui le lancent dans toutes les directions. Pour cette expérience encore, le concours de la vision est nécessaire; tout mouvement volontaire est impossible si l'on applique un bandeau sur les yeux.

Pour en finir avec les troubles musculaires, nous avons à signaler encore des *soubresauts*, des *contractions spasmodiques*. Soit dans l'immobilité, soit pendant la marche, les muscles fléchisseurs de la jambe sur la cuisse, par exemple, se contractent tout à coup, l'action des extenseurs est complétement vaincue, et il semble que le malade va tomber à genoux. Des *tremblements fibrillaires* sont aussi facilement perçus aux membres inférieurs et aux membres supérieurs.

Les troubles de la sensibilité ne sont pas moins intéressants à étudier dans cette période. Les *douleurs* que nous avons déjà signalées au début, se retrouvent encore ici, avec leurs caractères de brusque apparition; elles sont tout aussi aiguës, tout aussi profondes; elles affectent tantôt une région, tantôt une autre, et semblent parfois être soumises, dans leur retour, à l'influence de causes spéciales, parmi lesquelles l'une des mieux déterminées est l'action du froid; les variations de la température jouent aussi un rôle important dans leur apparition.

L'*engourdissement* et les *fourmillements* appartiennent encore à cette période: on n'en peut rien savoir que par les affirmations des malades; si, parfois, ils semblent manquer, ils sont si nettement accusés d'autres fois, qu'il est impossible de les mettre en doute; pour notre part, nous les croyons constants, surtout au début de la seconde période. Tous les ataxiques qu'on a pu observer à ce moment les ont signalés. Il n'est pas rare de voir durer pendant des mois, des années, cette sensation pénible que certains malades comparent à l'action continue d'une lourde enveloppe qui pèserait sur leurs membres.

Avant que l'ataxie locomotrice ait été bien connue, avant que de nombreuses observations aient permis d'en préciser la symptomatologie, l'*anesthésie cutanée* était considérée comme un des phénomènes pathognomoniques. On sait aujourd'hui qu'elle manque quelquefois, qu'elle peut disparaître après avoir duré quelque temps. Toutefois son absence est l'exception, et on la constate aussi bien pour le tégument externe que pour les muqueuses. Elle s'étend profondément aux masses musculaires elles-mêmes : sa marche est progressive; elle se développe souvent après l'incoordination des mouvements; plus habituellement parallèlement à elle. Elle débute par la plante des pieds, et remonte vers les jambes, les cuisses, plus complète dans les régions primitivement envahies. N'est-ce pas, au moins pour une grande part, à cette perte de la sensibilité cutanée qu'il faut attribuer la perte notion de résistance du sol? Certains ataxiques croient marcher sur du coton, du caoutchouc; il leur semble que les pieds enfoncent dans un corps qui se laiss déprimer. Cette anesthésie n'existe pas à un égal degré aux deux membres, et l'on y peut apprécier de notables différences. En cherchant avec soin l'étendue, la profondeur de la lésion, en variant les expériences, on s'aperçut que la sensibilité à la douleur était ou abolie ou pervertie par places, que souvent même c'était là le premier degré de l'altération de la sensibilité (Landry), et l'on reconnut que ces variations n'étaient pas les seules qu'on pût observer; on se rendit compte de

la maladresse des ataxiques qui laissent tomber à terre les objets que la main a saisis. Ne percevant par le tact que des impressions lentement transmises, ils croient tenir encore ce qu'ils ont atteint, ce qu'ils soutiennent, au moment où ils le laissent échapper. Pour l'analgésie il en est de même, et l'on peut, avec la montre à secondes, apprécier la lenteur de la transmission d'une impression douloureuse, comme celle produite par une piqûre profonde, le pincement soit de la peau, soit d'une masse musculaire épaisse. La notion de la température des corps est celle qui disparaît le plus lentement : c'est, à un degré avancé de la maladie, le seul mode de sensibilité qui persiste, et dans les explorations, il faut en tenir compte, car souvent c'est elle seule qui avertit le malade de l'examen auquel on se livre. Nous n'entrerons pas dans de plus grands détails sur ce sujet; mais nous ne pouvons passer sous silence ce fait qu'ont noté Trousseau, Topinard, Oulmont et beaucoup d'autres encore, c'est que, non-seulement il y a des cas dans lesquels la sensibilité n'est pas abolie, mais il y en a même où elle est évidemment exaltée : ils sont rares, il est vrai, si on les compare à tous les faits connus dans lesquels l'anesthésie cutanée et musculaire est la règle; mais, tout en constituant une exception, ils méritent d'être notés, d'autant plus que, pour quelques auteurs, l'ataxie locomotrice serait le produit de l'anesthésie. Nous ne saurions partager cette manière de voir. Les chiffres suivants sont empruntés au travail de Topinard :

Sur 109 observations :	Anesthésie complète ou incomplète	76 fois.
—	très-légère	15 fois.
—	nulle	18 fois.

Dans les cas d'hyperesthésie de la peau, les douleurs provoquées par le plus léger contact sont tellement vives que la pression des draps, de la main, ne peut être supportée.

L'*anesthésie musculaire* appartient à cette période, mais elle apparaît beaucoup plus tard que l'anesthésie cutanée, et peut-être n'est-elle pas aussi constante. Sur 50 cas Topinard l'a notée :

Non douteuse	20 fois.
Légère	8 fois.
Nulle	22 fois.

Ce ne serait donc pas, comme on le voit, un des phénomènes obligés de l'ataxie. On en constate l'abolition ou la conservation à l'aide de divers procédés, parmi lesquels l'emploi des appareils électriques indiqués par Duchenne (de Boulogne) est le plus certain.

Les auteurs allemands, Leyden entre autres, ont appelé l'attention sur la perte de *sensibilité à la pression :* elle apparaît avant l'abolition de la *notion des mouvements artificiels*, qui suppose toujours une altération plus avancée; elle appartient à la fin de la deuxième période et à la troisième.

D'autres symptômes se montrent encore dans l'ataxie; ils n'ont rien de constant, rien de pathognomonique, et n'ont pas l'importance de ceux que nous venons d'énumérer : un des plus intéressants est celui du resserrement ou de la dilatation de la pupille, coïncidant (le resserrement surtout) avec une vascularisation anormale de la conjonctive. Ces congestions des muqueuses ou des téguments de la tête existent dans d'autres affections, qui ont avec l'ataxie locomotrice plus d'un point

de contact. Pour notre part, nous les avons observées assez souvent dans la paralysie générale progressive ; les oreilles en sont le siége de prédilection, la peau de la nuque les présente souvent aussi. A. Foville fils (1), s'appuyant d'ailleurs sur les expériences de physiologie comparée de Cl. Bernard, les rattache à des lésions de la portion cervicale du grand sympathique.

Les fonctions digestives sont, en général, peu troublées, l'appétit est conservé, la constipation est le seul phénomène auquel on ait à remédier. Elle existe pendant presque toute la durée de la maladie ; il n'y a rien de particulier à noter du côté des organes respiratoires et circulatoires ; les accidents qui peuvent se développer de ce côté sont des complications telles qu'on en rencontre dans toutes les affections chroniques ; elles n'ont pas, avec l'ataxie, de rapports absolus de cause à effet.

Troisième période. — La délimitation entre la seconde et la troisième période ne saurait être établie d'une manière précise. Pour tous les auteurs elle est marquée par l'extension de la maladie, par la disparition à peu près complète de tout mouvement volontaire, et l'abolition entière de la notion des mouvements artificiels. Rien n'est triste comme l'état d'un ataxique au moment où, souvent aveugle, il a perdu toute notion de ses rapports avec le monde extérieur. Condamné à l'immobilité, il doit attendre, d'une main étrangère, tous les soins qui lui sont nécessaires. Il n'a plus de sensations tactiles, de sensations gustatives ; il laisse tomber de sa bouche, et ne s'en aperçoit pas, les aliments qu'on lui présente. Bien que les fonctions d'assimilation s'exécutent encore assez régulièrement, l'ataxique maigrit ; et si l'immobilité persiste, il survient des eschares dans les points habituellement comprimés ; cependant ces eschares ne se montrent que très-lentement dans les périodes ultimes ; bien différentes, en cela, des mortifications qui arrivent si vite dans les fièvres continues, elles semblent participer elles-mêmes à la lenteur de la marche de la maladie ; la peau, par une accoutumance dès longtemps préparée, résiste mieux à des causes de destruction qui, dans d'autres cas, l'auraient rapidement compromise.

Les facultés intellectuelles survivent seules au milieu de cette déchéance progressive. A moins de complications cérébrales, elles persistent jusqu'à la fin. On a bien noté, chez quelques ataxiques, un certain degré d'affaiblissement de la mémoire ; Baillarger (2) a cherché, ainsi que Brierre de Boismont, à établir les rapports qui, dans cinq observations, relieraient l'ataxie à la paralysie générale des aliénés ; mais ces faits ne sont pas très-probants, ils appellent de nouvelles recherches.

§ IV. — Marche, durée et terminaison de la maladie.

La distinction de formes diverses dans l'ataxie ne nous paraît pas d'une bien grande importance clinique ; nous les indiquerons sans les discuter : ce sont les formes rhumatismale, congestive, cérébrale. Une distinction, mieux fondée à notre sens, serait celle qui établirait une forme aiguë et une forme chronique : la première, rare, la seconde de beaucoup la plus commune. Cette manière de voir n'amoindrirait pas, d'ailleurs, l'importance des causes qui peuvent, dans certains cas, imprimer à la maladie un cachet spécial.

(1) Foville fils, *Tumeurs sanguines du pavillon de l'oreille chez les aliénés* (*Annales médico-psychologiques*, 1859, 3e série, t. V, p. 390).

(2) Baillarger, *De la paralysie générale dans ses rapports avec l'ataxie locomotrice et avec certaines paraplégies* (*Annales médico-psychologiques*, janvier 1862, t. VIII, p. 1).

La division en trois périodes, que nous avons admise, a déjà fait pressentir que la *marche* de l'ataxie locomotrice était généralement très-lente : la période de début, avec ses améliorations passagères, avec ses symptômes mobiles et fugaces, varie depuis quelques mois jusqu'à plusieurs années ; il en est de même de la seconde période, qu'on a vuedurer vingt ans et plus; nous ne pouvons donner aucun chiffre positif à cet égard. Il survient, en effet, des périodes de rémission, qui retardent longtemps la marche de la maladie, comme aussi il peut arriver des complications qui emportent rapidement les malades. Il n'y a rien d'absolu, et fixer un terme, même approximatif, nous paraîtrait un oubli de la réserve que la plupart des auteurs ont cru devoir garder. Tout ce qu'on peut dire, c'est que la marche, si lente qu'elle soit, n'en est pas moins progressive : que les temps d'arrêt sont, tôt ou tard, suivis d'une recrudescence dans les accidents, et que la généralisation des troubles est la loi.

§ V. — Anatomie pathologique.

Les Allemands nous ont précédé dans la connaissance des lésions anatomiques de l'ataxie. Romberg les avait décrites dans ses *Mémoires sur le tabès dorsal*, et les altérations qui toujours existent du côté de la moelle avaient été mises hors de doute par ses recherches. Steinthall, à peu près en même temps, précisa davantage, et décrivit la lésion des cordons postérieurs; Virchow, en 1855, se servit du microscope, et, depuis ce moment, on n'a pu que confirmer les résultats auxquels le savant professeur de Berlin était arrivé. Nous étudierons les lésions anatomiques dans la moelle et dans ses membranes, dans les différentes portions de l'encéphale où elles ont été rencontrées.

« Les altérations du *tabes dorsal*, dit Axenfeld (1), sont remarquables par leur uniformité : elles occupent à peu près constamment la région dorso-lombaire, surtout à sa partie inférieure, bien rarement la région cervicale ; elles se propagent inférieurement jusqu'aux nerfs de la queue de cheval, supérieurement vers l'encéphale ; frappant avec une symétrie en général parfaite les deux moitiés latérales de la moelle, elles sont assez strictement localisées dans les cordons postérieurs et les racines attenantes, et ce n'est qu'accidentellement qu'on les voit atteindre les faisceaux latéraux ou antérieurs. Au lieu de gagner sur place, de proche en proche, et dans le sens de l'épaisseur des tissus, elles semblent s'attacher aux cordons et racines postérieures, et tendent à s'y accroître en hauteur, sans franchir ces limites toutes physiologiques. » Telle est, en effet, la lésion fondamentale, nous verrons tout à l'heure ce que révèle l'examen microscopique. A l'œil nu, l'aspect de la moelle n'est plus le même qu'à l'état normal, et les différences qu'elle présente sont rendues plus sensibles encore par le procédé de Cornil. Il consiste à prendre une portion de moelle sur un ataxique et une portion identique sur un sujet mort d'une affection aiguë, à les comparer ensemble, et voici ce qu'on observe : aucune modification pour les faisceaux antérieurs, pour les diamètres transversaux ; mais « le diamètre antéro-postérieur était diminué d'un cinquième sur l'ataxique ; le diamètre antéro-postérieur des cordons postérieurs pris à part, était d'un tiers moindre sur la moelle malade ». Une modification dans la colora-

(1) Axenfeld, *loc. cit.*

tion a été signalée par les observateurs (Charcot et Vulpian), c'est la coloration grise qui envahit par places la substance blanche des faisceaux postérieurs, s'étendant souvent en hauteur jusqu'au *calamus scriptorius*, et au quatrième ventricule, de telle façon que la lésion suivie depuis la région dorso-lombaire jusqu'aux parties supérieures de la moelle semble naître à la périphérie, « le long des bords externes de chaque cordon, puis le long des bords postérieurs, et de là gagner de proche en proche les bords contigus et profonds de ces cordons » (Topinard). Quant aux membranes, on les trouve le plus souvent épaissies, injectées, présentant des traces non douteuses de phlegmasies anciennes, caractérisées par l'épaississement, la coloration jaunâtre, les taches laiteuses ; les adhérences sont en général peu étendues, elles font défaut la plupart du temps.

Les *racines postérieures* sont aussi le plus souvent altérées ; elles sont diminuées de volume, avec une coloration grisâtre, et des traces d'injection de leur enveloppe. On trouve encore les ganglions spinaux envahis par de la congestion, et leur consistance est beaucoup moindre qu'à l'état normal. Les rapports de cette lésion des racines postérieures avec celle des cordons postérieurs de la moelle sont constants, et tous les faits connus mettent hors de doute la préexistence des altérations de la moelle à celles des racines postérieures.

Si la diffluence est commune, l'*induration* des cordons médullaires et nerveux ne l'est pas moins. Pour un grand nombre d'auteurs, cette induration est caractéristique et le nom de *sclérose* lui a été donné. Ce serait même, pour quelques médecins (Jaccoud), une altération assez importante pour qu'elle puisse servir à désigner la maladie : de là le nom de *sclérose spinale postérieure* sous lequel l'ataxie locomotrice a parfois été désignée.

Au microscope les transformations ne sont pas moins intéressantes. Si l'on prend deux lamelles minces de moelle, l'une saine, l'autre malade, on constate tout d'abord l'opacité de la première, la transparence de la seconde. Cette transparence est due à la disparition d'une grande partie des tubes nerveux, qui, serrés et nombreux à l'état normal, sont devenus plus rares et sont remplacés par une substance blanchâtre que Charcot et Vulpian considèrent comme des débris formant en quelque sorte la trame du tissu. Nous ne saurions mieux faire que d'emprunter à Axenfeld (1) l'excellent résumé qu'il donne de ces modifications histologiques : « On voit, dit-il, dans la substance blanche des cordons postérieurs, devenue grise ou jaunâtre, d'une part, les tubes nerveux clair-semés, pâles, grêles ou variqueux, réduits parfois à leur seul gaîne, ou présentant un contenu granuleux ; quelques-uns conservant leurs *cylinder axis*. D'autre part, les substances conjonctives hyalines (*névroglie* de Virchow), sorte de gangue où ces tubes se trouvent implantés, ont pris un aspect fibrillaire, et présentent, avec des granulations amorphes en grande quantité, un certain nombre de noyaux allongés et quelques cellules plus rares (peut-être les noyaux appartiennent-ils, pour la plupart du moins, aux gaînes nerveuses). On y trouve encore des corpuscules amyloïdes plus ou moins abondants, reconnaissables à leur réaction ordinaire avec la teinture d'iode. Enfin les vaisseaux y ont pris un développement considérable, et leurs parois, épaissies, composées de plusieurs couches, sont incrustées d'un dépôt de

(1) Axenfeld, *loc. cit.*

granulations graisseuses...... Les changements notés dans les racines postérieures ne diffèrent pas de ceux des cordons correspondants. Il en est de même des portions altérées du bulbe, de la protubérance, des nerfs optiques. En somme, toutes ces altérations caractérisent nettement une atrophie de la substance nerveuse. »

Trousseau a reproduit ce passage qui, sous une forme concise, indique l'état actuel des connaissances anatomo-pathologiques. Il nous reste à dire un mot des altérations des nerfs crâniens. C'est vers les nerfs optiques qu'elles sont le plus fréquentes, on les a trouvées dans les nerfs moteurs oculaires externes, moteurs oculaires communs, mais nulle part plus accusées que pour les nerfs optiques ; la périphérie du nerf devient grisâtre, d'une vascularité anormale, et d'une consistance beaucoup moindre. Dans certains cas, à la diminution du volume correspondait une induration de la portion de substance blanche conservée au centre ; le chiasma, les bandelettes même sont envahis, et si, pendant la vie, on a eu recours à l'ophthalmoscope, on a pu constater nettement l'atrophie de la papille, avec l'envahissement périphérique gris jaunâtre. Souvent ces lésions précèdent celles de la moelle. D'après Topinard, « la dégénérescence commence, une fois sur deux, par atteindre la périphérie des nerfs optiques, puis se déclare dans les cordons postérieurs, s'y propageant sans doute de bas en haut, ensuite très-probablement dans les racines rachidiennes postérieures, et enfin tardivement dans quelques nerfs rachidiens périphériques. Elle s'accroît localement en intensité, mais s'étend aussi par ses bords. Les solutions de continuité qui existent entre ces diverses parties atteintes prouvent que cette dégénérescence prend naissance sur place, d'une part, dans les nerfs optiques, les moteurs oculaires, le plexus brachial, le sciatique ; d'autre part, dans les cordons postérieurs ; autrement dit, que la maladie, tout en s'adressant principalement à la moelle, n'en est pas moins une maladie de tout le système nerveux. »

Bien que ces dégénérescences, ces lésions anatomiques, aient été rencontrées dans l'immense majorité des cas, bien qu'on puisse les considérer désormais comme caractéristiques de l'ataxie locomotrice, il n'en est pas moins vrai qu'elles ont manqué quelquefois, et que cependant les symptômes habituels ont été constatés pendant la vie. Un fait de Gubler (1), rapporté par tous les auteurs, a présenté cette particularité remarquable, que la moelle et les racines postérieures étaient restées saines, qu'il n'y avait rien autre chose qu'une vascularisation anormale, une congestion très-intense. L'autopsie, contradictoire en apparence avec les faits connus, ne l'est pas peut-être autant qu'elle le semblerait tout d'abord ; on peut admettre que la mort est survenue avant le développement complet des lésions qui d'habitude se rencontrent dans cette affection.

Nous n'avons rien à dire des désordres anatomo-pathologiques secondaires qu'on peut accidentellement observer ; ils n'apportent aucun élément intéressant dans la question.

§ VI. — Etiologie.

L'*étiologie* de l'ataxie locomotrice est, dans l'état actuel de nos connaissances, encore obscure. Les conditions d'âge, de sexe, d'hérédité, ont cependant une influence générale qui paraît assez bien établie : c'est dans la période de vingt-cinq

(1) Voy. Topinard, *De l'ataxie lomotrice*. Paris, 1864, obs. CCV, p. 953, ouvr. cit.

à quarante ans qu'elle est le plus fréquente; elle se montre chez l'homme bien plus souvent que chez la femme. Topinard, sur un résumé de 114 observations, a trouvé 33 femmes et 81 hommes. Quant à l'hérédité, elle joue le même rôle que dans beaucoup d'autres affections nerveuses, c'est-à-dire qu'on trouve chez les ascendants, soit l'aliénation mentale, soit l'hystérie, l'épilepsie, l'hypochondrie, ou encore des névroses protéiformes. Marius Carre (1) cite deux faits : l'un appartient à Trousseau, dans lequel les ascendants et les descendants ont été atteints de névroses, et l'un des membres de la famille d'ataxie locomotrice; l'autre lui est personnel, « toute la famille a été frappée : la mère, la grand'mère, tous les parents de celle-ci, au nombre de huit, ont présenté les symptômes de l'ataxie; sur douze enfants issus de cette famille, sept ont été atteints. » Topinard formule la même opinion que Friedreich et Trousseau; on est donc autorisé à penser que, dans certains cas, l'ataxie locomotrice est une sorte de transformation dans les troubles nerveux développée chez les ascendants.

Si l'influence de la *syphilis*, de l'*alcoolisme chronique*, n'est pas encore aujourd'hui suffisamment démontrée, celle du *rhumatisme* paraît l'être beaucoup mieux : dans bon nombre d'observations, en effet, on voit la maladie se développer après des arthrites aiguës fébriles chez des individus exposés d'une manière continue à l'action du froid humide ; toutefois, deux observations, l'une de Delpech, l'autre de Potain (2), démontrent combien on doit être réservé dans l'appréciation. Quand le rhumatisme peut être mis en cause, il n'est guère permis de l'invoquer comme l'origine des troubles ataxiques que dans les cas où une durée un peu longue de la maladie a laissé juger de la part qui devait lui revenir dans la production des accidents.

Des chagrins, des émotions vives, la suppression d'un flux habituel, un brusque refroidissement, ont été indiqués, sinon comme causes prédisposantes, du moins comme causes déterminantes. Nous avons trouvé, dans les observations inédites que notre ami le docteur Mesnet a mises obligeamment à notre disposition, un cas dans lequel une émotion très-vive suivie d'un accès de colère fut le point de départ des troubles caractéristiques de l'ataxie. Il s'agit d'un cocher qui, descendu de son siége, entre dans une maison, y reste quelques instants à peine, et ne retrouve plus en sortant la voiture qu'il vient de quitter. Il l'aperçoit déjà loin, conduite par un inconnu. Il veut crier, il veut courir, il reste immobile, et depuis ce moment l'ataxie fit de rapides progrès. Ce malade assez intelligent affirmait qu'il avait jusqu'alors joui d'une santé parfaite.

Les fatigues physiques, l'abus du coït, les conditions défavorables d'une mauvaise hygiène, tout ce qui enfin surexcite trop fréquemment et trop vivement l'appareil nerveux, peut être considéré encore comme cause d'ataxie. Nous bornons là cette énumération un peu brève, nous manquons de documents suffisants pour la rendre plus complète.

§ VII.— Diagnostic, pronostic.

Le *diagnostic* de l'ataxie locomotrice confirmée ne présente pas de très-sérieuses

(1) Carre, *ouvr. cit.*, p. 247.
(2) Topinard, *De l'ataxie locomotrice.* Paris, 1864, ouvr. cit., p. 334.

difficultés quand les signes que nous avons indiqués se trouvent réunis; mais est-ce bien là le moment où il est le plus important de la reconnaître? Ne doit-on pas rechercher surtout à en deviner le début, afin d'essayer dès le principe d'enrayer des manifestations dont le développement ne saurait être arrêté plus tard? Dès qu'un malade se présente avec des troubles de la vision, avec de l'abaissement de l'une ou des deux paupières, avec des douleurs caractéristiques qui traversent les membres comme des décharges électriques, se répétant par accès plus ou moins rapprochés, s'il s'y joint des fourmillements dans les membres, il y a tout lieu de soupçonner le début d'une ataxie locomotrice. L'attention devra se porter alors du côté des organes génitaux; s'il existe de la spermatorrhée, si l'anaphrodisie, ou bien au contraire l'exaltation des fonctions génitales peuvent être constatées, il y a de nombreuses probabilités pour que l'on ait affaire à une ataxie commençante. Les doutes ne sont plus permis dès que l'on aura reconnu l'incoordination des mouvements, et le diagnostic se complétera si l'on trouve les altérations diverses de la sensibilité que nous avons énumérées. Avec quelles autres affections pourrait-on confondre l'ataxie?

Les désordres de l'appareil locomoteur, qui sont l'un des faits saillants de l'ataxie, se retrouvent dans certaines paralysies, mais il faut bien avouer qu'un examen superficiel pourrait seul les faire confondre. S'agit-il en effet d'une paralysie simple du mouvement, il suffira d'examiner l'état de la contractilité musculaire: embarras et impossibilité même d'exécuter des mouvements volontaires dans la paralysie de la contractilité musculaire; dans l'ataxie, désordres des mouvements, mais conservation de la contractilité, et possibilité jusqu'à un certain degré de diriger les mouvements, surtout à l'aide de la vision.

La perte de la sensibilité musculaire offre de plus sérieuses difficultés, l'embarras qu'elle détermine dans la musculation est assez semblable à celui de l'ataxie avec laquelle d'ailleurs elle coïncide bien souvent. Voici quelles sont les différences: l'anesthésique, avec le secours de ses yeux, exécutera tous les mouvements qu'il aura voulu, non pas sans doute avec la précision de l'état normal, mais sans secousses, sans violentes projections des membres d'un côté ou de l'autre. Ces différences sont caractéristiques. Ajoutons-en une autre que Duchenne (de Boulogne) a reconnue, c'est que, dans l'anesthésie musculaire simple, la sensibilité aux excitateurs élastiques est à peu près abolie presque dès le début, ce qui n'arrive pas dans l'ataxie.

Différencier l'ataxie des *chorées*, *paralysis agitans*, *tremblements*, *spasmes*, etc., ne nous semble pas être absolument embarrassant. Les conditions d'étiologie, de début, de marche même, apportent déjà des éléments sérieux de diagnostic. Dans les chorées, dont les mouvements saccadés, anguleux, ont quelque chose d'analogue aux mouvements des ataxiques, il y a cette différence que, dans le repos, au moment où rien ne le sollicite, où le corps repose soit sur un fauteuil, soit sur le lit, l'ataxique reste immobile; à part les tremblements fibrillaires, son appareil musculaire est dans le calme complet; le choréique, au contraire, est toujours agité de mouvements involontaires, et ce ne sont pas seulement ses jambes et ses bras qui sont ainsi violemment secoués, sa tête elle-même participe à l'ébranlement général. Si la chorée est partielle, c'est dans les mains surtout qu'on retrouve cette agitation caractéristique, incessante, irrésistible, qui augmente par l'examen auquel on sou-

met le malade, et qui n'existe jamais chez l'ataxique à aucune période de l'affection.

Les *crampes*, en particulier celle des écrivains, sont trop limitées pour que le doute puisse durer longtemps. Les tremblements dus à des intoxications ne tarderont pas non plus à être rapportés à leur véritable cause, ils sont accompagnés de symptômes généraux sur lesquels nous n'avons pas à nous étendre ici, et qui suffiraient à eux seuls pour écarter tout sujet d'erreur.

La paralysie générale avec ou sans délire a plus d'un lien de parenté avec l'ataxie locomotrice. Parfois au début, mêmes troubles oculaires, mêmes céphalalgies ; ce qui aide à les distinguer, c'est, d'une part, l'embarras de la parole, les tremblements fibrillaires des orbiculaires des lèvres et des muscles de la langue, qui, souvent passagers ou n'existant même pas dans l'ataxie, marquent le début de la paralysie générale et persistent jusqu'à la fin. La station verticale est encore possible chez le paralytique avancé, elle offre chez l'ataxique les difficultés que nous avons longuement détaillées ; quand le paralytique est condamné à l'immobilité, ce n'est pas à cause de l'incohérence de ses contractions musculaires, c'est à cause de sa faiblesse ; ses jambes plient sous lui, il marche les genoux fléchis, entraînant les pieds sur le sol ; l'ataxique roidit ses jambes, les détache vigoureusement et les lance en avant : d'un côté, faiblesse musculaire croissante ; de l'autre, contractilité longtemps conservée. Il en est de même de l'*alcoolisme chronique*, où les accidents du côté du système musculaire appartiennent aux paralysies proprement dites.

Il nous reste à signaler encore l'ataxie sous la dépendance de tumeurs du cervelet. Duchenne (de Boulogne), qui lui donne le nom d'*ivresse du cervelet*, de *titubation vertigineuse*, affirme que le diagnostic entre cette affection et l'ataxie vraie est toujours facile. Nous ne le pensons pas, car elles ont bien des symptômes communs. Ce n'est qu'en étudiant longuement la marche de la maladie qu'on peut arriver à fixer le diagnostic. Les incertitudes ne sauraient d'ailleurs avoir de conséquences graves dans ces cas.

Le *pronostic* de l'ataxie locomotrice est toujours grave. Cette maladie, dont la durée, comme nous l'avons dit déjà, est variable, ne guérit pas. S'il est possible d'arriver à des périodes de rémission dans lesquelles les accidents semblent rétrograder, s'arrêter dans leur marche envahissante, il est bien plus commun de la voir suivre une marche progressive. Alors avec la débilitation générale surviennent des désordres dans les grandes fonctions, l'épuisement en est la conséquence, quand une affection intermittente ne vient pas hâter la fin d'une existence fatalement limitée. Les mots de Romberg sont d'une triste exactitude : « Nul espoir de guérison ne luit pour ceux qui en sont atteints ; tous sont condamnés sans appel. » Peut-être trouvera-t-on cette sentence trop absolue ; il existe dans la science des faits de guérison à peu près certains ; mais ils sont si rares, qu'ils ne peuvent guère servir à modifier le pronostic ; toutefois, ils sont un encouragement à persévérer dans les recherches thérapeutiques.

§ VIII. —Nature de la maladie.

Qu'est-ce donc que cette maladie qui, prenant l'homme dans la période active de la vie, au moment où ses forces sont arrivées à leur complet développement, le réduit à l'impuissance, le frappe d'une caducité anticipée ? Trousseau, avec toute

l'autorité de son talent et de sa longue expérience, déclare formellement que pour lui « l'ataxie locomotrice est une névrose donnant lieu à des accidents congestifs qui ont généralement pour conséquence de déterminer du côté des appareils nerveux, et plus particulièrement dans les cordons postérieurs de la moelle, dans les racines correspondantes, un travail pathologique d'une nature particulière, point de départ des lésions matérielles », dont nous avons exposé les caractères. Cette interprétation doit-elle être acceptée sans conteste? La vieille dénomination de *tabes dorsualis* faisait naître dans l'esprit l'idée d'une affection chronique de la moelle, complexe il est vrai, confusément entrevue, nous l'accordons encore, mais du moins localisée quelque part, commençant en un point, et s'étendant de là progressivement vers d'autres régions. Il n'y avait pas bien loin d'elle aux myélites chroniques, et il faut bien l'avouer, il y a pour tout observateur impartial bien des points de contact; loin de nous l'idée de les confondre, de vouloir revenir en arrière, et de retomber par une systématique négation dans le chaos d'où tant de recherches ont tiré l'ataxie; mais cependant nous croyons encore qu'il manque quelque chose à ces recherches elles-mêmes. Le fait de Gubler, où les lésions de la moelle ont si peu répondu à ce que tous les symptômes observés pendant la vie permettaient de prévoir, est un argument puissant à la manière de voir de Trousseau; mais c'est le seul fait connu jusqu'à présent, et encore on y a noté l'injection de la moelle; si les faisceaux postérieurs n'ont pas été trouvés atrophiés, si Gubler, Luys (1) et Duchenne n'ont pas vu au microscope les altérations habituelles, ils ont reconnu que les nerfs optiques, leurs bandelettes, l'un des nerfs de la troisième paire crânienne, avaient subi la dégénérescence gélatineuse. Le doute est donc permis encore; dans cette incertitude de la place que doit occuper définitivement un jour l'ataxie locomotrice dans le cadre nosologique, il n'y avait d'ailleurs nul inconvénient à la rapprocher des névroses complexes. Nous laisserons donc le champ libre aux interprétations, avouant humblement que nos connaissances actuelles ne nous semblent pas encore assez précises pour nous autoriser à trancher une question encore litigieuse.

§ IX. — Physiologie pathologique.

Le phénomène incoordination des mouvements est l'un des signes pathognomoniques de l'ataxie locomotrice. Nous avons vu dans la symptomatologie en quoi il consistait, comment il se présentait; et, le suivant dans sa marche, nous l'avons montré d'abord dans les membres inférieurs, puis se propageant peu à peu vers les membres supérieurs. Nous avons insisté sur le secours puissant qu'apportait l'organe de la vision à l'exécution de mouvements qui devenaient impossibles dès que les yeux étaient fermés, mais nous n'avons rien dit encore des rapports qui liaient ce phénomène à des troubles d'une partie du système nerveux. Que se passe-t-il dans l'appareil locomoteur d'un individu atteint d'ataxie? Quels sont, dans la physiologie des mouvements, les désordres apportés par la lésion?

L'accomplissement d'un mouvement est un acte complexe dans lequel deux temps bien distincts peuvent être isolés. Que l'habitude tende de plus en plus à rapprocher ces deux temps, qu'il y ait même, si l'on veut, quelque chose d'automa-

(1) Luys, *Lésions histologiques de la substance grise de la moelle* (*Gazette médicale*, 1860).

tique dans une série de mouvements à chaque instant répétés, l'analyse n'en fera pas moins toujours reconnaître : 1° un acte psychologique par lequel la quantité d'effort à produire est appréciée, voulue, ordonnée ; 2° un acte de soumission, si l'on peut dire, de l'organe qui a reçu l'ordre, une série de contractions dans le muscle pour l'exécuter. Rien n'est plus facile à constater que ces phénomènes dans tous les cas où nous voulons produire un mouvement pour la première fois : quelle que soit l'adresse, quelle que soit la délicatesse du tact, elles ne suffisent pas toujours à assurer une exécution satisfaisante du mouvement voulu ; le sens de la vue est indispensable dans bien des cas, c'est lui qui rectifie les erreurs que nous faisait commettre notre inexpérience. Mais le mouvement régulier suppose l'intégrité du muscle qui va l'accomplir ; la notion exacte de la quantité de contraction nécessaire pour atteindre le but. Ce que Ch. Bell (1), Duchenne, de Boulogne (2), Landry (3), ont appelé *sens musculaire*, *sens d'activité musculaire*, n'est pas autre chose que cette appréciation elle-même. Est-elle dans le muscle ? Nous répondrons non, elle est dans l'intelligence elle-même, c'est un fait psychologique. Mais ce qu'il y a dans le muscle, c'est de la sensibilité, comme dans tous les autres organes, en vertu de laquelle nous avons conscience de l'effort produit, et du résultat même de cet effort. Nous avons conscience de la contraction ou du repos de nos muscles, de même que du lieu que nous occupons dans l'espace, de nos rapports médiats ou immédiats avec les objets qui nous environnent. Le tact, la perception exacte des sensations de chaleur et de froid, nous avertissent quand la vue nous fait défaut ; mais qu'on suppose abolie, ou seulement diminuée la sensibilité générale, qu'il y ait de l'anesthésie cutanée et de l'anesthésie profonde, et la perte de la notion du déplacement des membres, quand la vision est abolie, ne sera plus aussi difficile à comprendre. Les hystériques nous présentent fréquemment ce phénomène : les yeux ouverts, elles marchent sans peine dans un équilibre parfait ; mais les yeux fermés, elles ne savent plus où retrouver leurs membres si on les déplace dans leur lit : elles ont perdu le sens d'activité musculaire, c'est-à-dire qu'elles n'ont pas perçu la sensation que produit dans un organisme sain le changement apporté par une main étrangère dans la position des membres. Chez l'ataxique il y a quelque chose de plus, il y a, en même temps qu'une interruption dans les organes de transmission des ordres de la volonté, une perturbation dans l'harmonie des muscles antagonistes, et nous sommes obligé d'avouer ici que nous ne savons rien, que là se présente une inconnue à dégager, et que le problème si souvent remis à l'étude n'a pas reçu de solution satisfaisante. Ces doutes, d'ailleurs, nous les partageons avec Trousseau, Jaccoud, Topinard, Axenfeld. Voici ce que, dans une judicieuse analyse, écrit ce dernier auteur (4) :

« Duchenne fait participer deux éléments physiologiques à la production de ce fait complexe : la coordination des mouvements volontaires. Ce serait, d'abord, une sorte de science instinctive des combinaisons musculaires (qui nous semble,

(1) Charles Bell, *The Hand ; its mechanism and vital endowments*, 5e édition. Londres, 1852, ch. IX.

(2) Duchenne (de Boulogne), *De l'électrisation localisée et de son application à la pathologie et à la thérapeutique*, 2e édition. Paris, 1861.

(3) Landry, *De la paralysie du sentiment d'activité musculaire* (*Moniteur des hôpitaux*, 1855).

(4) Axenfeld, *Arch. gén. de médecine*, août 1863.

sauf erreur, faire double emploi avec le *pouvoir coordinateur* indiqué plus haut), et, en second lieu, l'harmonie des antagonistes. Ce dernier fait physiologique est capital, et Duchenne en a fait admirablement ressortir l'importance. Nul doute que, l'équilibre étant rompu entre les muscles qui se contractent pour opérer un mouvement donné, et les muscles antagonistes qui se détendent pendant cette contraction, il y a là une cause d'ataxie musculaire. Mais est-ce bien tout? N'y a-t-il pas lieu de faire intervenir d'autres éléments encore, par exemple :

» 1° Un défaut d'ensemble dans le fonctionnement des centres moteurs partiels qui forment dans la masse encéphalo-rachidienne comme une chaîne ininterrompue à l'état sain, mais qui peuvent se trouver fractionnés, désassociés, par l'effet d'une lésion morbide? La question se trouve posée dans l'excellente *Note* de Charcot et Vulpian (1), et semble digne d'être méditée.

» 2° Il faut avoir égard, en outre, à la continuité de l'action motrice, qui assure aux mouvements leur régularité, et à leur discontinuité, qui ne peut manquer de les rendre irréguliers, discordants. Suivant Jean Müller, c'est surtout l'action intermittente, saccadée, des centres moteurs, qui produirait le trouble musculaire du tabes dorsal.

» 3° L'état de surexcitabilité morbide de ces centres réclame également l'attention; par lui s'explique peut-être la mise en jeu trop facile des nerfs moteurs synergiques, sous l'influence d'une excitation modérée qui, dans les conditions normales, se limiterait aisément à quelques-uns seulement de ces nerfs.

» Il serait bien difficile de choisir dès à présent entre ces diverses interprétations, qui d'ailleurs sont loin de s'exclure mutuellement et dont chacune contient peut-être une part de vérité. »

§ X. — Traitement.

Jusqu'à ce jour les diverses médications employées n'ont pas tenu ce qu'elles avaient semblé promettre; on a pu croire à l'influence heureuse du traitement, alors qu'on était arrivé à une période de rémission qui s'établissait en dehors de toute action thérapeutique. Si l'ataxie locomotrice n'a que bien rarement pu être enrayée dans sa marche, il y a encore plus d'une indication à remplir, plus d'un service à rendre à des malades qui présentent, pendant la longue durée de l'affection, des symptômes pour lesquels notre intervention est utile. Plusieurs moyens ont été conseillés auxquels il ne faut avoir recours qu'avec réserve : ce sont les révulsifs cutanés, tels que moxas, cautères ou sétons; ils ont l'inconvénient de débiliter les malades, d'entretenir vers la peau une irritation qu'il n'est pas toujours facile de modérer. Cependant nous ne proscrivons pas d'une manière absolue la méthode révulsive; on a vu la cautérisation superficielle le long du rachis, l'application de ventouses sèches dans la même région, le badigeonnage répété avec la teinture d'iode, calmer les vives et profondes douleurs de la première période et de la seconde. Les révulsifs à l'intérieur, tels que les drastiques, ne devront pas être employés, à moins cependant d'une indication spéciale, comme celle que présenterait la coïncidence de la maladie avec la suppression d'un flux hémorrhoïdaire.

(1) J. M. Charcot et A. Vulpian, *Note sur un cas d'atrophie des cordons postérieurs de la moelle épinière, etc.* (*Gazette hebdomadaire de médecine et de chirurgie*, 1862, t. IX, n°s 16 et 18.)

Il n'y aurait pas lieu d'espérer de la voir rétrograder après la réapparition du flux, mais du moins on éviterait ainsi la congestion de la moelle, que favorisent aussi les constipations habituelles. Dans ce dernier cas, il ne faudra recourir qu'à des purgatifs doux, et veiller avec grand soin à ce qu'il ne s'établisse pas de diarrhées qui épuiseraient rapidement les malades.

Trousseau conseille la *flagellation* « méthodiquement et modérément pratiquée » pour calmer les douleurs. La médication qu'il préfère à toutes les autres, c'est l'administration à l'intérieu rd'environ *cent gouttes* par jour d'essence de térébenthine ; il élève progressivement la dose suivant la tolérance de l'estomac. Il prescrit alternativement la térébenthine pendant une dizaine de jours, et la belladone. Cette dernière sous forme de pilules contenant chacune 1 centigramme d'extrait, mêlé à 1 centigramme de poudre de racine.

La *faradisation* cutanée a été employée par Duchenne pour combattre l'anesthésie de la peau et des muscles.

Comme modificateurs généraux, on a conseillé des bains de toute nature. Les malades ont, pendant les périodes de début, successivement couru à différentes stations thermales ; mais il faut bien dire que les améliorations qu'ils ont éprouvées n'ont jamais été durables. Les bains sulfureux sont encore ceux qui répondent le mieux aux indications : ils sont à la fois stimulants et toniques, et l'excitation qu'ils produisent n'est pas de nature, comme celle que certains expérimentateurs ont provoquée avec la strychnine, à débiliter les malades, ni à déterminer des accidents. On a vu, assez fréquemment, au contraire, des modifications favorables survenir presque immédiatement après leur emploi : elles n'ont pas été de très-longue durée ; les accidents ont reparu dès qu'on a cessé les bains ; à plusieurs reprises, ils ont été enrayés par cette méthode, on est donc en droit de les conseiller. Nous en dirons autant de l'hydrothérapie, qui réussit surtout chez les individus à tempérament nerveux et qui sont devenus anémiques. Les eaux minérales de Néris, de Bourbon-l'Archambault, la Malou, Baréges, Wiesbaden (1), seront celles auxquelles on donnera la préférence ; elles seront utiles pour un moment du moins ; si elles ne guérissent pas, elles soulagent et laissent le malade reprendre confiance. A ce titre donc, elles ne doivent pas être négligées.

On a proposé, dans ces dernières années surtout, une foule de médicaments pour guérir l'ataxie. Nous croyons inutile de les passer tous en revue, ce serait proclamer autant d'insuccès. Mais il y en a quelques-uns qui méritent d'être expérimentés encore, et sur lesquels l'attention des praticiens doit être appelée : ce sont l'arsenic, le seigle ergoté, associé à la belladone, l'iodure de potassium. Ce qu'il importe, c'est de saisir bien nettement l'indication à laquelle ils auraient à répondre, et c'est ce qui n'a pas pu toujours être fait.

Quant au nitrate d'argent, si favorablement accueilli d'abord, au moment où Wunderlich le préconisa (2), ou pour mieux dire appela sur lui l'attention, il n'a pas, de l'aveu de tous les médecins, l'influence qu'on eût pu espérer. C'est un médicament aussi infidèle que tous les autres, n'amenant, en définitive, rien de

(1) Durand-Fardel, Le Bret, Lefort, *Dictionnaire des eaux minérales et d'hydrologie médicale*. Paris, 1860.

(2) Wunderlich, *Erfolg der Behandlung der progressiven Spinal-Paralysie durch Silber-Salpeter* (*Archiv der Heilkunde*, 1861).

plus que des améliorations passagères, et présentant, dans son emploi, de sérieux inconvénients; sans parler de la coloration bronzée qu'il produit à la longue, il est cause souvent de troubles de l'appareil digestif, de diarrhées profondément débilitantes, et qu'il faut à tout prix éviter. Charcot et Vulpian, qui l'ont expérimenté avec le plus grand soin, le donnaient d'abord à la dose d'un centigramme par jour; elle peut être portée jusqu'à 5 centigrammes (1). Gubler et Beau sont allés jusqu'à 10 centigrammes; Hillairet jusqu'à 15. Ces doses élevées n'ont été données qu'en tâtant la susceptibilité du malade et avec les plus grandes précautions. Topinard qui, dans son excellent travail, s'est fait un devoir de contrôler tout ce qui a été avancé sur l'ataxie locomotrice, donne, à propos du traitement par le nitrate d'argent, le résumé de 17 cas qui lui sont personnels: « 12 insuccès absolus, 1 cure relative (obs. 160 de son livre); 1 amélioration très-relative, mais rapide; 1 amélioration marquée, mais de peu de durée; 1 amélioration faible et très-éphémère; 1 amélioration douteuse. » Aussi se croit-il le droit de formuler son opinion de la manière suivante: « Le nitrate d'argent est, en général, sans efficacité dans le traitement de l'ataxie locomotrice progressive. De plus, son emploi n'y est pas exempt de tout inconvénient: il compte cependant quelques succès relatifs et passagers. En somme, le nitrate d'argent a droit à être inscrit parmi les médicaments auxquels le praticien peut recourir, faute de meilleurs, dans une maladie aussi mal partagée en agents thérapeutiques réellement efficaces. »

Si, jusqu'à ce jour, l'ataxie locomotrice est restée incurable, on a pu, néanmoins, être encore utile aux malades. Soutenir leurs forces, calmer les violentes douleurs qu'ils éprouvent, favoriser les périodes de rémission, ce n'est pas rester inactif, et son rôle dût-il se borner là longtemps encore, le médecin n'en aura pas moins fait une œuvre utile. Dans l'état actuel de nos connaissances, ce qu'il importe c'est de recueillir des faits, de les comparer; plus tard, peut-être, l'indication thérapeutique sera-t-elle dégagée plus nettement qu'elle ne l'est aujourd'hui. C'est avec des travaux comme ceux auxquels nous avons tant de fois puisé dans le cours de cet article, que les progrès pourront être réalisés; ils sont, à la fois, un enseignement pour tous, un titre à la reconnaissance des générations médicales à venir, pour ceux qui les ont écrits.]

APPENDICE.

ANGINE DE POITRINE.

[En plaçant hors cadre et à la fin du chapitre des névroses l'angine de poitrine, nous sommes dirigé par le sentiment des difficultés que présente le classement de cette affection. Par l'élément douloureux, l'angine de poitrine appartient aux névroses; par les lésions qu'on rencontre si souvent du côté du cœur, elle rentre dans les maladies de cet organe. D'autre part, il est impossible de dire qu'il existe un rapport nécessaire entre les lésions cardiaques et les phénomènes nerveux qui caractérisent l'angine de poitrine; car les lésions du cœur peuvent manquer, et la

(1) Charcot et Vulpian, *Mémoire sur le nitrate d'argent dans l'ataxie progressive* (*Bulletin de thérapeutique*, Paris, 1862). — Ollivier et Bergeron, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*. Paris, 1865, art. ARGENT, t. III, p. 79.

maladie est alors tout entière constituée par l'accès douloureux, accompagné ou non de quelques autres phénomènes nerveux. En fait, par ses caractères essentiels et constants, l'angine de poitrine appartient aux névroses douloureuses; et alors même que les lésions du cœur y joueraient comme causes le principal rôle, ce qui n'est pas démontré, il faudrait encore rattacher cette affection à la grande classe des affections nerveuses; car tout au plus serait-elle, dans ce dernier cas, une névrose symptomatique.]

Cette maladie n'a été bien étudiée que vers la fin du siècle dernier et dans celui-ci. On a cherché des traces de sa description dans les écrits des anciens, mais le diagnostic était alors trop peu précis pour qu'on doive accorder une grande importance à ces indications. Fr. Hoffmann (1) a cité plusieurs cas de cette affection; Morgagni (2) en a fait connaître de très-intéressants; Heberden (3), qui l'a désignée le premier sous le nom d'*angine de poitrine*, en a donné une assez bonne description, et après lui Fothergill, Wichmann, Baumes (4), Brera (5), Jurine (6), Gintrac (7), Forbes (8), les auteurs du *Compendium* (9), et surtout Lartigue (10), ont décrit plus exactement cette affection, et ont émis sur sa nature des opinions très-diverses.

§ I. — Définition, synonymie, fréquence.

L'*angine de poitrine* est une affection caractérisée par une douleur violente et subite, ayant son siége à la partie inférieure de la région sternale, s'étendant souvent au cou et au bras, et occasionnant un tel sentiment d'angoisse, que les malades sont obligés de s'arrêter et de rester complétement immobiles jusqu'à ce qu'elle se soit dissipée.

Cette maladie a reçu les noms de *cardiogmus cordis sinistri* (Sauvages)*; angor pectoris;* de *sternalgie*, *sternocardie*, *syncope angineuse*, *arthritique*, etc.

Quoique l'on connaisse un assez grand nombre d'exemples d'angine de poitrine, on ne peut pas dire que sa fréquence soit grande. Elle l'est beaucoup moins qu'on ne le croirait, si l'on acceptait sans examen toutes les observations fournies par les auteurs; car les nuances qui existent entre l'angine de poitrine et d'autres affections nerveuses sont si légères, que les erreurs de diagnostic ont été fréquentes.

§ II. — Causes.

1° *Causes prédisposantes.* — *Age.* — Suivant les recherches rigoureuses de Lartigue, l'angine de poitrine, qui, selon les autres auteurs, aurait son maximum de fréquence à l'époque de la vie comprise entre quarante et cinquante ans, ne se montre pas dans l'enfance, est très-rare avant vingt-cinq ans, puis augmente de

(1) Fred. Hoffmann, *De asthm. convuls.*
(2) Morgagni, *De causis et signis, etc.*
(3) Heberden, *Lect. concern. angin. pect.*, etc. (*Med. Trans.*, 1785, t. III).
(4) Baumes, *Ann. de la Soc. de méd. prat. de Montpellier*, octobre et novembre 1808.
(5) Brera, *De la sternocardie, etc.* (*Journ. gén. de méd.*, t. LXII).
(6) Jurine, *Mémoire sur l'angine de poitrine.* Paris, 1815.
(7) E. Gintrac, *Mém. et observ. de méd. clinique, etc.* Bordeaux, 1830, in-8.
(8) Forbes, *Cyclopædia of pract. med.*, t. I. London, 1833.
(9) Monneret et Fleury, *Compendium de médecine*, art. ANGINE DE POITRINE, t. I.
(10) Lartigue, *De l'angine de poitrine.* Paris, 1846.

fréquence jusqu'à cinquante ans, *devient très-fréquente de cinquante à soixante*, et diminue ensuite notablement.

Sexe. — Les hommes en sont plus fréquemment affectés que les femmes, et cela dans une proportion très-considérable (:: 11 : 1).

L'*hérédité* a été admise d'après quelques faits qui, ainsi que le fait remarquer Lartigue, ne sont pas parfaitement concluants.

Professions. — Les professions manuelles prédisposent moins à l'angine de poitrine que les autres. Lartigue a constaté que, parmi les faits connus, il y en a une proportion considérable qui a été observée chez les prêtres. Suivant Carron, cette affection se montre plus fréquemment dans les villes que dans les campagnes.

Nous ne savons rien de précis sur l'influence de la *constitution* et du *tempérament*. L'affection est plus fréquente dans les *climats* froids et humides que dans les climats chauds.

On a regardé le *vice rhumatismal* et le *vice goutteux* comme une des causes prédisposantes des plus puissantes.

[Enfin, ainsi que l'a démontré Trousseau (1), l'angine de poitrine peut n'être qu'une des formes larvées de l'épilepsie; on l'a vue, en effet, assez souvent précéder ou suivre les attaques du mal comitial et même alterner avec elles.]

2° *Causes occasionnelles.* — Dans presque tous les cas, la première attaque s'est produite au moment où les sujets *marchaient contre le vent, montaient un escalier*. On l'a vue se manifester pendant l'*action de se raser;* après un *excès alcoolique*, un *accès de colère*, une *violence extérieure*.

Les causes déterminantes des accès suivants sont de la même nature; mais à mesure que la maladie fait des progrès, il suffit d'une cause de plus en plus légère. Ainsi on voit l'accès se produire au moindre *faux pas*, dans un *simple mouvement*, pendant les *efforts de toux*, dans l'*acte de la défécation*, dans le *coït*, etc.

§ III. — Symptômes.

Le *début* est presque toujours brusque. Les malades sont le plus souvent atteints de leur premier accès au milieu d'une bonne santé, ou s'ils éprouvaient les symptômes d'une maladie antérieure, ces symptômes ne s'étaient nullement aggravés peu de jours avant l'invasion de l'angine de poitrine.

La *douleur* est le symptôme capital de cette maladie. Elle marque le début de l'attaque. Rarement son apparition est précédée d'un malaise général, d'une inquiétude plus ou moins grande, d'un bouillonnement vers l'hypochondre gauche.

Cette douleur se fait sentir derrière le sternum, à sa partie inférieure, au niveau de la région précordiale, et c'est là que les malades la ressentent tout d'abord. Dans quelques cas cependant, on l'a vue débuter dans le bras, dans le cou, surtout lorsqu'il existe une névralgie brachio-thoracique.

Suivant Lartigue, la douleur ne peut exister que du côté gauche, et cet auteur, regardant l'angine de poitrine comme une névralgie des nerfs cardiaques, ne pouvait pas, en effet, admettre qu'il en fût autrement. Cependant Laennec a cité un cas où la douleur poignante était à droite, et nous-même, à l'époque de la

(1) Trousseau, *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*. 2e édit. Paris, 1865.

publication de notre *Traité des névralgies*, nous signalâmes un cas dans lequel la douleur se faisait sentir dans le quatrième espace intercostal du côté droit.

Quoique le *siége* de la douleur soit un peu à gauche du sternum, elle ne laisse pas de se faire sentir du côté droit; car, suivant Fothergill, elle se porte le long d'une ligne qui irait d'une mamelle à l'autre.

Elle est poignante ; les malades éprouvent un sentiment de constriction ; quelques-uns se plaignent d'une douleur pongitive. Ce qu'il faut surtout noter, car c'est un caractère général, c'est la violence extrême, qui est telle qu'au rapport des malades on ne peut pas en imaginer une plus grande.

Cette douleur peut rester fixée au sternum. Assez souvent elle s'étend au reste de la poitrine, au cou et au bras correspondant. Il résulte des recherches d Lartigue, que, dans ces derniers points, la douleur est beaucoup moins vive, et ne consiste le plus souvent qu'en un sentiment de torpeur, d'engourdissement, en quelques picotements ou fourmillements, etc.

État des voies respiratoires. — Quand on examine les symptômes fournis par les voies respiratoires, on doit prendre garde d'attribuer à l'angine de poitrine ce qui n'est que le résultat d'une complication, ou, d'après Lartigue, ce qui appartient à une autre maladie. L'angine de poitrine peut survenir chez des personnes qui ont la respiration gênée par suite d'un emphysème, d'une affection du cœur, etc.; mais la gêne de la respiration n'est pas un caractère essentiel de cette affection. Au moment où la douleur se manifeste, la respiration reste suspendue, parce que les malades n'osent pas respirer ; et s'ils redoutent la suffocation, c'est qu'ils craignent la durée de cette angoisse dans laquelle ils n'osent pas faire un mouvement d'inspiration. Il en est, au contraire, quelques-uns qui éprouvent le besoin de faire des inspirations profondes ; les cas de ce genre sont rares. Cependant il n'est pas douteux que, dans un certain nombre de cas, la respiration ne soit gênée, bien que les signes de l'angine de poitrine soient évidents, et que l'on ne trouve ni dans une lésion du poumon ni dans une lésion du cœur la cause de la dyspnée. Suivant Lartigue, c'est qu'alors l'angine de poitrine est en quelque sorte compliquée; c'est que la névralgie a pris de l'extension, et qu'au lieu de rester bornée aux nerfs cardiaques, elle a gagné le pneumogastrique. Dans plusieurs des cas rapportés par les auteurs, à la douleur précordiale s'est jointe, dès les premiers temps de la maladie, une gêne considérable de la respiration. Quant aux cas où cette gêne est le symptôme dominant, où il y a jactitation et où, dès le principe, les phénomènes durent longtemps, il faut reconnaître, avec l'auteur que nous venons de citer, qu'il s'agit d'autre chose (1) que d'une angine de poitrine, et que si on les a pris pour tels, c'est que le diagnostic n'avait pas été établi sur des bases assez solides.

Relativement à la circulation, il faut distinguer, et sous ce point de vue plus que sous tout autre, les cas compliqués des cas non compliqués. Dans les cas non compliqués, le pouls est, pendant les accès de longue durée surtout, un peu fréquent, serré, mais sans régularité ni intermittences ; dans les cas compliqués de maladie du cœur, au contraire, le pouls présente tous les phénomènes pathologiques qui appartiennent aux affections de cet organe. C'est faute d'avoir tenu compte de cette

(1) Asthme nerveux, Hystérie, etc.

distinction que beaucoup d'auteurs ont attribué l'angine de poitrine à une maladie du cœur ou des gros vaisseaux, tandis qu'un examen attentif ne peut pas faire admettre une pareille manière de voir.

Dans un certain nombre de cas, on a observé, surtout vers la fin de l'accès, des *éructations*. Lartigue ne voit dans ce phénomène qu'un effet sympathique dû aux anastomoses des nerfs affectés avec les nerfs de l'estomac.

Chez un certain nombre de sujets, on a remarqué quelques troubles légers de la *sécrétion urinaire* et un peu de gêne dans la vessie.

§ IV. — Marche, durée, terminaison de la maladie.

Le début est brusque, et, comme nous l'avons dit, l'intermittence est très-tranchée, de telle sorte que dans les intervalles les malades paraissent jouir de la plus parfaite santé. A mesure que la maladie fait des progrès, les *accès* se rapprochent et deviennent plus longs et plus pénibles, surtout quand les complications font elles-mêmes des progrès rapides. En pareil cas, c'est principalement après les repas que l'accès se reproduit. Dans les cas de guérison ou d'amélioration, il n'est pas rare, au contraire, de voir les accès s'éloigner et devenir moins intenses avant de disparaître complétement.

La *durée* de la maladie est très-variable. Il résulte d'un tableau présenté par Lartigue que, dans les cas de mort, la durée varie de deux mois et demi à dix-sept ou dix-huit ans ; mais les cas où cette durée est de deux à six ou sept ans sont les plus fréquents. Dans cinq cas terminés par la guérison, la maladie a duré de quelques mois à deux ans.

La mort est la *terminaison* que l'on observe le plus souvent dans l'angine de poitrine. Dans les cas simples, et dans ceux où la maladie est compliquée d'une affection organique du cœur ou des gros vaisseaux, la mort est assez souvent *subite* ou presque subite. Dans les autres, les malades succombent entre deux accès, après avoir présenté des symptômes graves. Dans un petit nombre de cas, on obtient une amélioration marquée, qui permet aux malades de vivre encore longtemps, sans grande incommodité. Chez quelques sujets, on a constaté la guérison, et dans quelques-uns des cas de ce genre, on a signalé comme coïncidence remarquable l'apparition d'un *gonflement du testicule*.

§ V. — Lésions anatomiques.

De nombreuses lésions anatomiques ont été trouvées chez les sujets qui ont succombé à l'angine de poitrine. On a noté l'ossification des artères coronaires (Black, Parry, Kreysig), une lésion organique du cœur (hypertrophie, ossification, cartilaginification, etc.), des artères (ossification, cartilaginification, inflammation) ; la stase du sang dans le cœur, le développement du foie, l'ossification des cartilages costaux, des épanchements dans le péricarde et les plèvres.

La variété et la multiplicité de ces lésions sont déjà de nature à nous faire douter de leur valeur. On en doute bien plus encore quand, en examinant les faits, on voit que beaucoup de cas dans lesquels ces lésions ont été trouvées n'étaient pas des angines de poitrine : nous citerons, par exemple, les observations de Corrigan (1), dans lesquelles on a constaté l'existence d'une aortite, mais dans lesquelles

(1) Corrigan, *Archives gén. de méd.*, 3e série, 1838, t. I, p. 71.

aussi l'existence de l'angine de poitrine est loin d'être évidente, comme nous l'avons fait voir ailleurs (1). Ces doutes prennent plus de force encore lorsque l'on se rappelle un fait cité par Gintrac, et dans lequel l'angine a guéri, bien que l'affection de l'aorte, à laquelle on aurait pu la croire liée, ait persisté.

Enfin, et c'est là un argument péremptoire, on a vu des cas dans lesquels aucune des lésions qui viennent d'être indiquées n'a été rencontrée.

Il résulte de tout cela que l'angine de poitrine est une névrose qui, par ses caractères, se rapproche des névralgies, et que, pour cette raison, plusieurs auteurs ont rangée parmi les *névralgies anomales.*

Maintenant, quel est le siége de cette affection? On est porté à le placer, avec Laennec et Lartigue, dans les *nerfs cardiaques.* Parfois la maladie envahit, soit en même temps, soit successivement, le nerf pneumogastrique et les nerfs cervicaux et intercostaux; il y a alors réunion de plusieurs affections nerveuses (névralgie anomale des nerfs cardiaques et pneumogastriques, et névralgie des nerfs cervico-brachiaux et dorso-intercostaux). Telle est la manière dont l'affection nous paraît devoir être considérée dans l'état actuel de la science. Quant aux complications trouvées du côté du cœur et de l'aorte, elles peuvent être regardées comme des causes prédisposantes ou excitantes de la maladie, mais non comme essentiellement liées avec elles.

[Les données nouvelles de la physiologie pathologique ont démontré l'exactitude des conclusions précédentes; elles ont permis, en outre, de préciser davantage et de localiser le siége de l'angine de poitrine dans les *branches cardiaques du nerf pneumogastrique* (2).

§ VI. — Diagnostic, pronostic.

De nombreuses erreurs de diagnostic ont été commises; cela vient de ce que les caractères essentiels de l'angine de poitrine n'ont pas été toujours rigoureusement appréciés. Il fut surtout une époque où presque toutes les affections suffocantes étaient regardées comme des cas de cette affection : ce fut peu de temps après l'apparition du mémoire de Heberden. Wichmann s'exprime en ces termes à ce sujet : « Aussitôt que quelqu'un se plaint d'une gêne, d'une constriction de la poitrine ou d'une courte haleine, on désigne tout de suite l'angine de poitrine, et l'on écrit une observation sous ce nom. » Il est évident qu'avec une semblable préoccupation, on devait fréquemment se tromper.

Que l'on n'oublie pas que l'accès survient tout à coup, qu'il est caractérisé par une douleur poignante qui force le malade à s'arrêter et qui ensuite l'abandonne en un instant, et, en y réfléchissant, on verra qu'aucune autre affection ne ressemble parfaitement à celle-là. Nous avons vu, il est vrai, la névralgie dorso-intercostale donner lieu à des phénomènes à peu près semblables, mais il n'y avait pas identité parfaite. Lorsque l'angine existe avec d'autres affections, le diagnostic demande un peu plus d'attention; mais il n'est pas difficile de faire la part des deux maladies. La dyspnée pour l'*asthme nerveux*, les points douloureux pour les *né-*

(1) Corrigan, *Archives gén. de méd.*, 3e série, 1838, t. I, p. 81.
(2) Voy. Axenfeld, in *Éléments de pathologie médicale* de Requin, t. V, p. 306; et Jaccoud, *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques.* Paris, 1865, article ANGINE DE POITRINE.

vralgies thoraciques, *cervico-brachiales*, n'empêchent pas l'angine de poitrine d'avoir ses caractères propres.

Pronostic. — Le pronostic de l'angine de poitrine, envisagé d'une manière générale, est très-grave. Il l'est un peu moins dans les cas d'angine purement nerveuse ou idiopathique que dans les cas compliqués d'une affection organique.

§ VII. — Traitement.

Émissions sanguines. — Plusieurs auteurs ont préconisé les émissions sanguines ; mais, ainsi que le fait remarquer Lartigue, tout porte à croire que l'on aurait tort d'y avoir recours dans les cas d'angine purement nerveuse, soit pendant l'accès, soit dans l'intervalle. Dans les cas compliqués, on peut, au contraire, être autorisé à les employer ; c'est au médecin à juger de leur opportunité.

Narcotiques. — Les narcotiques ont de très-bons effets dans presque tous les cas ; aussi sont-ils très-vivement recommandés. L'*opium* est fréquemment mis en usage ; il faut l'administrer à doses croissantes.

Batten (1) recommande spécialement la *belladone.* La *jusquiame*, la *poudre de Dower* (Jurine), l'*eau distillée de laurier-cerise* (Pitschaft), sont données dans le même but, et l'on a cité des cas où l'on a obtenu une amélioration marquée par l'emploi des *sels de morphine par la méthode endermique.* Schlesinger (2) associait l'extrait de *laitue vireuse* à la digitale, de la manière suivante :

♃ Extrait de laitue vireuse.. 10 centigr. | Extrait de digitale.......... 3 centigr.

A prendre toutes les deux heures, lorsqu'on a lieu de redouter l'apparition de l'accès, ou lorsqu'il s'est produit.

Antispasmodiques. — Wichmann et Jurine recommandent la poudre de *valériane ;* Perkins donnait le *sulfate de zinc* uni à l'opium, ainsi qu'il suit :

♃ Sulfate de zinc.. .... 5 centigr. | Opium .... 2 centigr.

Prendre cette dose matin et soir.

Citons ensuite le *musc* (Récamier), l'*asa fœtida*, le *castoréum*, le *camphre*, l'*acide cyanhydrique*, etc.

Toniques, *antipériodiques*, *ferrugineux.* — Nous nous contentons d'indiquer ces moyens, qui ne doivent pas être prescrits dans les cas d'angine de poitrine compliquée d'une maladie organique du cœur. On prescrit le *quinquina*, le *sulfate de quinine*, le *carbonate*, le *sulfate de fer*, etc.

Excitants. — C'est surtout pendant l'accès que l'on a recours à ces médicaments. Heberden (3) donnait, pendant l'accès, des *liqueurs spiritueuses*, du *vin.* On a encore prescrit l'*ammoniaque*, l'*eau de mélisse*, *de menthe*, l'*éther.*

Vomitifs. — Les vomitifs, et surtout l'*émétique*, sont recommandés par plusieurs auteurs, et en particulier par Parry, dans les accès violents ; mais il y a lieu de croire que, dans les cas où ils ont eu un succès notable, il s'agissait principalement d'accès d'asthme accompagnés de douleur thoracique.

(1) Batten, *The Lancet*, juin 1834.
(2) Schlesinger, *Hufeland's Journ.*, 1819.
(3) Heberden, *loc. cit.*

Nitrate d'argent. — Le nitrate d'argent a été d'abord employé par Cappe. Plus tard, Harder et Zipp (1) ont eu recours à ce moyen; mais on ne peut, avec le peu de faits que nous connaissons, se prononcer sur son efficacité, tandis que l'on connaît ses inconvénients.

La *solution arsenicale de Fowler* est recommandée par Alexander et Harless. Le premier l'administrait à la dose de six gouttes, trois fois par jour, dans une potion cordiale. On peut faire, au sujet de ce médicament, les mêmes remarques que pour le précédent.

Enfin nous signalerons les *sudorifiques*, administrés par ceux qui regardent la maladie comme étant de nature rhumatismale.

A l'*extérieur*, on a appliqué des *vésicatoires*, des *cautères*, des *moxas*, sur les points douloureux de la poitrine. On a fait pratiquer des frictions avec un *liniment ammoniacal*, avec la *pommade d'Autenrieth*, etc. Dans les cas où l'on a réussi, s'agissait-il réellement de l'angine de poitrine ou d'une névralgie thoracique? C'est ce qu'il est difficile de déterminer. Toujours est-il que, lorsque la névralgie thoracique existe, soit à titre de complication, soit autrement, ces moyens peuvent être utiles.

Hannon (2) vit un accès durant depuis cinq heures s'arrêter immédiatement après l'application d'un *cataplasme très-chaud sur la colonne vertébrale;* ce moyen, employé plus tard chez le même malade à plusieurs reprises, a constamment réussi. Mais encore, dans ce cas, s'agissait-il bien d'une angine de poitrine? La longue durée de l'accès fait penser le contraire.

Dans un cas où les accès revenaient régulièrement cinq ou six fois par jour, après avoir pratiqué sans succès aucun onze saignées, Belleti (3) fit prendre le *sulfate de quinine* à la dose de 30 centigrammes par jour. L'amélioration fut des plus marquées; les accès disparurent. N'était-ce pas une névralgie intermittente?

Carrière (4) cite un fait remarquable de guérison par l'emploi du *chloroforme :* quelques inspirations de l'agent anesthésique arrêtaient immédiatement les accès; ensuite ceux-ci devinrent plus rares, et finirent par disparaître complétement. Ajoutons néanmoins que le malade prenait chaque jour une infusion de valériane en lavements et en boisson et douze des pilules suivantes :

℞ Valérianate de zinc......	60 centigr.	Poudre de ciguë............	75 centigr.
Extrait de belladone.....	30 centigr.	Extrait de valériane.........	3 gram.

F. s. a. trente pilules.

Lebreton (5) obtint, dans un cas, une amélioration évidente par l'emploi de l'*aimant.* Laennec (6) dit avoir réussi souvent à diminuer les douleurs en faisant appliquer deux plaques d'acier fortement aimantées, d'une ligne d'épaisseur, l'une sur la région pectorale gauche et l'autre sur la partie opposée du dos, de manière

(1) Harder et Zipp, *Vermischt. Abhandlungen*, etc. Pétersbourg, 1830.
(2) Hannon, *Presse médicale belge*, 1850, et *Bulletin génér. de thérap.*, 28 février 1850.
(3) Belleti, *Bolet. delle scienze med. di Bologna*, et *Bulletin gén. de thérap.*, 30 janvier 1852.
(4) Carrière, *Bulletin gén. de thérap.*, 30 août 1852.
(5) Lebreton, voy. *Dictionnaire de médecine*, 2e édit., art. ANGINE DE POITRINE.
(6) Laennec, *Traité d'auscultation médiate*, t. II.

que les pôles fussent opposés. Si le soulagement était peu marqué, il faisait appliquer un petit vésicatoire sous la plaque antérieure.

[Duchenne (1) est parvenu, à l'aide de l'*excitation électro-cutanée* de la poitrine, et surtout du mamelon gauche, à faire cesser instantanément les accès chez un malade ; et comme la maladie était simple, sans lésion cardiaque, il a pu obtenir une guérison définitive. Ce moyen a également réussi entre les mains d'Aran.]

Les *bains froids* ou *tièdes* sont d'un usage fréquent. Morgagni conseillait l'immersion du bras douloureux dans l'eau chaude, avant ou pendant l'accès.

Des *cautères* aux membres inférieurs ont un avantage marqué, suivant Darwin, Pinel et Bricheteau.

Enfin, si l'on a quelque raison de penser qu'il existe une *métastase goutteuse*, on doit, comme la plupart des auteurs, et, dans ces derniers temps, Lartigue, chercher à rappeler la maladie dans son siége habituel. Lartigue conseille, dans ce but, le cataplasme de Pradier, qui est ainsi composé :

℞ Baume de la Mecque	20 gram.	Salsepareille	aa 30 gram.
Safran en poudre	15 gram.	Quinquina rouge	
Sauge	30 gram.		

Dissolvez le baume dans le tiers de l'alcool ; faites macérer les autres substances dans le reste du véhicule pendant quatre ou cinq jours ; réunissez les liqueurs, et filtrez.

℞ De cette teinture	2 parties.	Farine de graine de lin	q. s.
Eau de chaux	4 parties.		

Appliquez ce cataplasme chaud ; enveloppez-le de flanelle et de taffetas gommé. Changez-le toutes les douze heures.

Les bases de ce traitement ne sont pas solidement établies sur les faits ; de nouvelles recherches sont nécessaires, et avant de les avoir, on ne peut accorder qu'une confiance limitée à des moyens d'un effet peu constant et d'une efficacité nécessairement très-incertaine, puisque, dans l'immense majorité des cas, ils n'empêchent nullement la maladie de faire des progrès.

Soins hygiéniques. — C'est aux moyens fournis par l'hygiène qu'il faut surtout avoir recours. On conseillera aux malades le calme, un exercice passif au grand air, un régime sévère, des repas peu copieux, l'usage exclusif de l'eau pour boisson, la précaution de tenir le ventre libre, de se couvrir de flanelle, d'éviter le froid et l'humidité, ainsi que la marche rapide, surtout sur un terrain montant et raboteux, et contre le vent. Enfin les *bains de mer*, les *bains de rivière*, les *affusions froides*, seront recommandés, car on a cité un bon nombre de cas où ils ont réussi à atténuer le mal.

(1) Duchenne (de Boulogne), *Bulletin de thérapeutique*, 1853.

FIN DU TOME PREMIER.

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS LE PREMIER VOLUME.

LIVRE DEUXIÈME.

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES DU PREMIER VOLUME.

ERRATUM.

—

Page 511, ligne 21, *Gargarisme iodé* (Ricord). Remplacez la formule par la suivante :

Gargarisme iodé (Ricord).

Eau distillée	200 gram.	Teinture d'iode	2 à 4 gram.
Iodure de potassium	50 centigr.		



Paris. — Imprimerie de E. Martinet, rue Mignon, 2.







TIGHT GUTTERS.

